14

385

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juin 1902, à 1 heure

PAR

Gustave TESSIER

Ancien aide d'anatomie de l'Ecole de médecine de Rennes

Né à Saint-Brieuc le 5 mars 1877

Contribution à l'Étude de la Torsion du Pédicule

des

TUMEURS KYSTIQUES DES ANNEXES

Pendant la Puerpéralité

Président : M. PINARD *Professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, *Professeur*
WALLICH, *Agrégé.*
RIEFFEL, *Agrégé.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1902

LIBRAIRIE
Jacques Lechevalier
25, Rue Racine
PARIS

389

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juin 1902, à 1 heure

PAR

Gustave TESSIER

Ancien aide d'anatomie de l'Ecole de médecine de Rennes

Né à Saint-Brieuc le 5 mars 1877

Contribution à l'Étude de la Torsion du Pédicule

des

TUMEURS KYSTIQUES DES ANNEXES

Pendant la Puerpéralité

Président : M. PINARD *Professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, *Professeur*
WALLICH, *Agrégé.*
RIEFFEL, *Agrégé.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.		RICHAUD.	WURTZ
DUPRE.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine,
de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis d'adresser ici à tous nos maîtres l'hommage de notre gratitude.

Que nos maîtres de l'Ecole de Rennes, que notre vénérable directeur, M. Delacour, près de qui nous avons toujours trouvé un accueil cordial et bienveillant, nous permettent de leur témoigner notre reconnaissance.

M. le professeur Lhuissier nous permettra de le remercier également des précieux conseils qu'il nous prodigua pendant notre année d'adjuvat d'anatomie.

Nous remercions M. le professeur Dayot et le docteur Hardouin, d'avoir bien voulu nous communiquer l'une de nos observations.

Nous acquîmes à Paris nos connaissances chirurgicales dans le service de M. le professeur agrégé Reclus ; nous n'oublierons jamais le maître savant et bienveillant qu'il fut pour nous et nous le prions de voir dans ces remerciements autre chose qu'une formule traditionnelle.

Nous devons à M. le professeur Raymond nos connaissances en maladies nerveuses, à M. le docteur Brocq nos

connaissances en dermatologie ; nous leur offrons l'expression de notre gratitude.

M. le docteur Moizard qui nous autorisa à suivre son service aux Enfants-Malades nous permettra de le remercier.

Nous n'aurons garde d'oublier M. le docteur Paquy qui a bien voulu, en nous en donnant les éléments, nous mettre sur la voie de ce travail.

M. le professeur Pinard a un double titre à notre reconnaissance ; après nous avoir enseigné la pratique obstétricale et les devoirs de l'accoucheur, il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. C'est un honneur dont nous ressentons tout le prix.

HISTORIQUE

Rokitansky attira le premier l'attention en 1841 sur la possibilité de la torsion des kystes de l'ovaire ; ultérieurement, en 1865, il en réunit une série de 13 cas.

Mais la première observation d'une torsion pédiculaire pendant la puerpéralité est consignée dans un article du journal *The Lancet* du 5 avril 1845 signé Robert Hardy et intitulé : Considérations sur un cas mortel de maladie de l'ovaire. L'auteur y signale l'importance que joue la grossesse dans la torsion et raconte comment il a constaté chez une femme en travail une tumeur qui rendait l'accouchement difficile. Après l'accouchement, phénomènes d'obstruction intestinale ; la malade meurt ; l'autopsie permet de constater que le pédicule de la tumeur s'était tordu et enroulé autour d'une masse de l'intestin ; l'auteur ajoute pour conclure : « Il n'est pas douteux pour nous que l'accouchement puisse devenir un cas de mort au cas de tumeur de l'ovaire... La tumeur avant l'accouchement devait être maintenue élevée dans l'abdomen par

ses connexions avec l'utérus gravide et nécessairement elle a du être tiraillée et entraînée par l'utérus dans la cavité pelvienne ; c'est à cause de ces changements de position que le pédicule s'est tordu. »

Cette étude est poursuivie en Allemagne et en Angleterre ; les auteurs les plus dignes d'être cités sont Schrœder, Olshausen, Spencer Wells, Lawson Tait et Thornton.

En France le premier mémoire sur la torsion du pédicule fut l'œuvre du médecin militaire Vercoutre (1879). En 1881, le professeur Duplay reprit cette étude dans la *Revue de chirurgie.*

Mais l'ouvrage le plus complet paru sur la question est avant tout le remarquable article de Terrillon paru dans la *Revue de chirurgie* de 1887.

En 1886, la thèse d'agrégation de Rémy intitulée : « Kyste de l'ovaire et grossesse » consacrait un chapitre assez important à la torsion pédiculaire.

Plus récemment le rôle de la grossesse a été bien mis en relief dans un certain nombre de communications faites à différentes sociétés savantes par MM. Pinard, Segond, Pozzi, Bouilly, Condamin, etc. Ce rôle a été également signalé dans les nombreuses thèses traitant la question des kystes de l'ovaire ; celles de Parizot (1886), Mouls (1890), Baron (1893), Aubry (1901), Niot (1901), Coignerai (1902), etc.

La question de l'intervention pendant la puerpéralité a été surtout traitée par Cocard (1896) dans sa thèse faite à la clinique Baudelocque et par Hurel (thèse de Lyon 1900).

L'histoire de la torsion des hydrosalpins est, au contraire de date toute récente puisque la première observation publiée date de 1891. Bland Sutton rapporta à Londres sans détails l'histoire d'une malade opérée par Henry Morris.

La première observation française est due à Pierre Delbet (1892).

Cathelin, dans son article de la *Revue de chirurgie* (février-mars 1901) n'a pu en recueillir que 41 observations françaises ou étrangères. C'est le travail le plus complet paru sur la question.

Il importe cependant de citer, avant lui, différentes communications faites à la Société d'obstétrique et de gynécologie, par MM. Hartmann, Reymond et Pozzi et la leçon clinique de Legueu, publiée dans la *Presse médicale*.

La dernière observation est due à MM. Pinard et Paquy (novembre 1901).

Sur ces 42 cas de torsion, 5 seulement se produisirent pendant la puerpéralité.

α) Pendant la grossesse, 2 cas d'Hartmann, 1 de MM. Pinard et Paquy. Ce dernier est reproduit dans notre thèse, complété d'ailleurs de renseignements inédits au point de vue des suites opératoires et de l'accouchement ;

β) Pendant les suites de couches, cas de Fochier ;

γ) Cas de Baudron, le seul où il y eût coexistence de torsion des annexes et de grossesse du côté opposé.

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

La puerpéralité est considérée par tous les auteurs qui se sont occupés de la torsion des tumeurs kystiques comme une des causes les plus capables de la déterminer. De nombreux exemples ont été cités où la torsion se produisit alors que l'utérus était gravide ou qu'il avait récemment cessé de l'être.

Pendant la grossesse. — Dans sa thèse d'agrégation, Rémy cite 11 cas dans lesquels la torsion fut déterminée par le voisinage de l'utérus gravide ; nous avons vu ce fait signalé par Barnes, Schrœder, Wilson, Lawson Tait, Thornton ; nous en rapportons à la fin dë cette thèse quelques observations plus récentes.

Pendant les suites de couches. — C'est la cause qu'admirent Spencer Wells, J. Veit, Mœller, Stansburay admise par Edwards; nous reproduisons des cas de Lawrence, Condamin et Mangiagalli.

Mais, si la grossesse et les suites de couches exposent à la torsion, elles ne sont à elles seules causes ni nécessaires, ni suffisantes : on a vu en effet des femmes por-

tant un kyste devenir enceintes et accoucher sans inconvénients.

Il importe donc de passer en revue les divers facteurs qui peuvent favoriser la torsion des tumeurs des annexes. Ces causes ont été divisées en causes intrinsèques et en causes extrinsèques.

Les premières dépendraient directement de la tumeur elle-même ; les secondes, de circonstances capables de déterminer la torsion de la tumeur sans que celle-ci ait subi aucune modification.

Et d'abord le *volume du kyste* (1), ainsi que l'a fait remarquer Pinard à propos d'une de nos observations, la torsion se produit plus fréquemment sur les petits kystes que sur les gros. Cette opinion n'est cependant pas admise par tous les auteurs, quelques-uns d'entre eux ayant vu se tordre de très gros kystes.

Pour ce qui est du *pédicule*, sa longueur et sa gracilité sont deux éléments favorables à la torsion ; il existe cependant des cas où un pédicule gros et court a pu se tordre.

Vercoutre a signalé comme cause l'*accroissement inégal de la tumeur* ; la rotation serait alors déterminée par le déplacement du centre de gravité.

La *ponction* aurait le même effet. Un cas de Thornton en est un des meilleurs exemples.

Quant aux *adhérences* signalées par quelques auteurs, si quelques-uns ont prétendu que leurs tiraillements, limités dans quelques cas en un point peuvent favoriser

(1) Ce mot kyste désigne également les kystes de l'ovaire et les hydrosalpinx.

la rotation, d'autres affirment que ces mêmes adhérences immobilisent la tumeur et empêchent la torsion de son pédicule.

Baron fait d'ailleurs observer qu'on ne peut constater la présence de ces adhérences qu'au cours de l'opération et que celles que l'on trouve alors dans ce cas sont presque toujours consécutives à la lésion.

Parmi les causes extrinsèques :

Le *relâchement de la sangle abdominale* produit par des grossesses antérieures. Les multipares sont en effet bien plus sujettes à la torsion que les nullipares. Le défaut de tonicité de la paroi laisse à la tumeur kystique une plus grande mobilité, circonstance éminemment favorable au glissement et à la rotation.

Il en est de même des *ptoses abdominales* et surtout de l'*entéroptose*, bien plus fréquentes chez les multipares. La laxité trop grande des ligaments qui soutiennent les divers organes abdominaux permet à ceux-ci des mouvements capables de se transmettre au kyste et de déterminer chez lui des changements de position.

La *multiparité* d'où résultent le relâchement de la sangle abdominale et les ptoses abdominales diverses, voilà le facteur le plus important peut-être, facteur que le premier Thornton mit en lumière, et que l'on peut retrouver dans les antécédents de presque toutes les malades.

Cathelin, dans 32 observations accompagnées de renseignements un peu circonstanciés signale 22 grossesses et 3 fausses couches.

Sur les 22 grossesses, une femme avait eu 5 enfants ;

une autre en avait eu 4 ; 7 étaient tertipares ; 4 secondipares et 9 primipares.

Dans nos 11 observations où la torsion se produisit pendant la grossesse, nous trouvons :

Observation	I :	2	grossesses antérieures
—	III	1	—
—	IV	7	—
—	V	3	—
—	VI	2	—
—	VII	1	—
—	X	2	—
—	XI	2	—

Trois femmes en étaient à la première grossesse au moment de la torsion.

Parmi les malades qui ont présenté cet accident pendant les suites de couches :

Observation	XII	1	grossesse antérieure au dernier accouchement
—	XIII	0	—
—	XIV	4	—
—	XVI	?	—
—	XX	3	—

Les autres manquent de détails à ce sujet.

Cet exposé fait ressortir une fois de plus le rôle important que l'on doit attribuer à la *multiparité*, comme cause prédisposant à la torsion pédiculaire.

Lawson Tait a admis également la possibilité de mou-

vements imprimés à la tumeur par les *alternatives de vacuité et de réplétion des organes voisins.*

Les tumeurs ovariques ou salpingiennes sont en effet en rapport constant avec le gros intestin, le rectum et la vessie dont le volume change incessamment. Et ce rôle a été bien mis en lumière par les expériences connues de Vercoutre (1879). Après avoir fixé à l'ovaire d'un cadavre, une poche membraneuse du volume d'une orange, on remplit peu à peu la vessie, on voit la poche s'élever de haut en bas, puis subir un mouvement de rotation de dedans en dehors. Si on laisse le liquide s'écouler hors de la vessie, il ne se produit pas un mouvement nouveau, de sens contraire au premier ; et si l'on remplit de nouveau la vessie, la torsion s'accentue.

On a aussi invoqué les *changements d'attitude ou les mouvements brusques du corps.* Mais dans les cas plus spéciaux qui nous occupent, où la grossesse existait, nous n'avons retrouvé cette influence que dans un cas de Thornton, chez une femme qui voulut se retourner dans son lit. Dans notre observation XII, elle se produisit pendant la marche.

Voilà les conditions qui semblent favoriser la torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes; quant au mécanisme de cette torsion, c'est là un point à élucider. Et toutes les théories basées sur des expériences ou des calculs n'ont pu mettre d'accord tous les chirurgiens.

Il faut signaler cependant la théorie de Potherat qui explique la torsion du kyste par les pressions exercées par les muscles sur un objet de forme sphéroïdale. Si

cette théorie se trouvait vérifiée, le rôle de la grossesse se trouverait expliqué, l'utérus se contractant fréquemment pendant toute sa durée.

Quoi qu'il soit, dans les cas de kyste compliquant la grossesse, « cette torsion est plus fréquente du deuxième au quatrième mois, devient plus rare jusqu'à la fin de la grossesse pour reprendre une fréquence relative au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches. »

Observation	I	la torsion se produit au	2e	mois
—	II	—	2e	—
—	III	—	3e	—
—	IV	—	2e	—
—	V	—	3e	—
—	VI	—	7e	—
—	VII	—	4e	—
—	VIII	—	5e	—
—	IX	—	6e	—
—	X	—	6e	—
—	XI	—	3e	—

Nous voyons donc la torsion se produire sept fois sur onze pendant la première moitié de la grossesse.

Est-il possible d'expliquer ces faits d'observation ? Et d'abord pourquoi cette fréquence du deuxième au quatrième mois ?

Le kyste de l'ovaire ou l'hydrosalpinx qui, au début de la grossesse trouvait en arrière de l'utérus, une loge toute naturelle, est soulevé par le fond de cet organe qui se développe peu à peu ; le kyste se voit forcer de quitter

le cul-de-sac de Douglas. Comme les mensurations pratiquées pendant la grossesse démontrent qu'à partir du deuxième mois le fond de l'utérus commence à déborder la symphyse pubienne, le kyste soutenu en avant par le fond de l'utérus, en arrière par la ceinture pelvienne, doit être, à partir de ce moment, dans un état d'équilibre instable que peut détruire une cause quelconque comme un mouvement brusque, le déplacement plus ou moins rapide d'un organe voisin.

Une autre circonstance favorise encore cette torsion ; c'est l'orientation que prend l'utérus gravide. On sait en effet que cet organe se tord sur lui-même de façon que son bord latéral gauche se porte sur la ligne médiane et que son bord latéral droit se porte en arrière. Il s'efface en quelque sorte ; les kystes trouveront donc sur ses côtés une place plus grande pour leur mobilisation.

A partir du quatrième mois, l'utérus continuant à se dévolopper, son fond dépasse l'ombilic ; le kyste peut retrouver alors une situation un peu plus stable, l'utérus trouvant dans l'abdomen plus de place pour se développer et retombant en antéflexion plus ou moins prononcée.

Il peut alors se placer sur les côtés ou en arrière de l'utérus et être maintenu entre cet organe et la paroi abdominale. La rareté de la torsion à partir du quatrième mois jusqu'au moment de l'accouchement se trouverait ainsi expliquée.

Mais que l'accouchement survienne, un grand vide se produit ; le kyste, qui jusque-là avait été immobilisé par la distension de l'utérus gravide, recouvre après l'accou-

chement une mobilité qu'il n'avait plus depuis quelques mois.

Cette théorie concorderait d'ailleurs avec cette remarque faite par Hartmann que, pendant la grossesse, les hydrosalpinx se tordent en sens inverse des aiguilles d'une montre ou en « antétorsion », comme l'a proposé Cathelin, alors qu'ils se tordent dans le sens des aiguilles d'une montre ou en rétrotorsion en dehors de tout état gravide de l'utérus. (Il s'agit, bien entendu, des hydrosalpinx droits les seuls observés jusqu'ici pendant la grossesse).

En effet, le cul-de-sac postérieur étant occupé par l'utérus et la masse intestinale, le kyste ne peut se mobiliser qu'en avant et, roulant sur la face antérieure de l'utérus ou dans la fosse iliaque, il se dirigera vers le cul-de-sac vésico-utérin et se tordra nécessairement en sens inverse des aiguilles d'une montre, ainsi qu'on peut facilement se l'imaginer.

Pour les kystes de l'ovaire, le sens de la torsion est indiqué si rarement qu'il est peut-être téméraire d'appliquer la même remarque. Cependant, sur trois cas que nous reproduisons et pour lesquels les opérateurs avaient noté le sens de la torsion, nous voyons deux fois la torsion se produire dans le sens indiqué plus haut.

Si l'on admet enfin avec Cathelin que la tumeur s'accroît d'autant plus qu'elle se tord et que réciproquement elle se tord d'autant plus qu'elle s'accroît, on comprendra que ce début de torsion, produit par la rotation de la tumeur, explique plus tard son étranglement.

SYMPTOMATOLOGIE

Terrillon avait divisé la torsion pédiculaire en *torsion lente* et en *torsion brusque* ; mais Boursier, au congrès de chirurgie de 1892, fit remarquer qu'il fallait surtout considérer le degré d'étranglement. « Lorsque l'étranglement est complet, supprimant à la fois les circulations artérielles et veineuses, on voit survenir des accidents foudroyants comme intensité et comme rapidité ; de là le nom de torsion brusque. Si, au contraire, l'étranglement est incomplet, si la circulation dans le kyste est incomplètement gênée, amoindrie sans être interrompue, les accidents sont moins intenses, ils peuvent s'atténuer et l'évolution ultérieure du kyste est simplement modifiée : ce sont ces cas qui sont désignés sous le nom de torsion lente... Même dans les formes lentes, les premiers accidents apparaissent avec soudaineté ».

Le début de l'étranglement, en effet, est en général soudain ; les symptômes éclatent tout d'un coup et peuvent être aussitôt très alarmants.

L'élément fondamental est la douleur qui est le plus

souvent très vive, horrible, syncopale ; la malade la compare à des tiraillements, des déchirements, des pincements, avec des irradiations dans les lombes, la région inguinale, le rachis, surtout dans les cuissses.

Cette douleur subite et atroce, en coup de poignard (Legueu), oblige en général les malades à s'aliter immédiatement. En même temps la malade constate quelquefois l'augmentation d'une tumeur déjà connue d'elle ou l'apparition d'une tumeur dont elle n'avait jamais soupçonné l'existence.

Presque aussitôt apparaissent des phénomènes de réaction péritonéale. Les vomissements sont alimentaires ou bilieux, très rarement fécaloïdes. La constipation est presque la règle et s'accompagne même parfois d'absence de gaz jusqu'à simuler l'occlusion intestinale. Le météorisme est plus ou moins prononcé, mais fait rarement défaut. Le faciès est grippé ; le pouls devient plus fréquent et moins fort ; il n'y a pas, en général, élévation de température.

Voilà pour les signes fonctionnels ; les signes physiques permettent seuls de poser le diagnostic. Ils varieront naturellement suivant que la torsion se produit pendant la grossesse ou en dehors d'elle.

Pendant la grossesse. — A l'inspection, le ventre est tendu, météorisé, aplati latéralement ; la paroi dessine quelquefois les contours de la tumeur.

A la palpation, on note d'abord un certain degré d'hyperesthésie cutanée ; cette douleur rend les examens très difficiles en ne permettant pas les palpations profondes (elle nécessite en général l'emploi des injections de

morphine). On arrive ensuite à se rendre compte de la présence d'une tumeur que l'on parvient à diviser en deux tumeurs distinctes. L'une, médiane, douée du pouvoir de se contracter, est l'utérus, dont le volume est en rapport avec l'âge présumé de la grossesse. L'autre, située dans une des fosses iliaques, est douloureuse et fluctuante. Si cette tumeur était déjà connue du chirurgien qui examine la malade, il peut être frappé de son augmentation de volume.

Le toucher permet de constater l'existence d'un col ramolli. Les culs-de-sac sont en général libres.

Par le palper combiné au toucher on s'assure que la tumeur médiane est bien l'utérus; que la tumeur latérale en est indépendante, qu'elle est tendue et rénitente, douée d'une certaine mobilité. On a observé dans quelques cas par ce procédé un certain degré de torsion de l'utérus.

L'auscultation donne assez souvent des signes négatifs ; il est vrai que même à l'état normal ils sont difficiles à percevoir au troisième mois (Depaul).

En résumé, on trouve à côté des signes de grossesse, les signes de torsion des tumeurs kystiques. C'est ainsi que l'on pourra aussi constater les modifications révélatrices du développement d'un fœtus dans la cavité utérine (la pression du mamelon fera sourdre quelques gouttes de colostrum, etc.).

En dehors de la grossesse. Ici on retrouve seuls les symptômes propres à la torsion des tumeurs kystiques ; les ouvrages nombreux parus sur la question nous dispensent de retracer les phases de cet accident.

Que devient la malade après cette crise ?

Dans les cas graves, lorsque toute circulation est interrompue, la température, qui était d'abord normale, atteint au bout de peu de temps 38° et s'élève même au-dessus puis la douleur initiale diminue souvent et arrive même à disparaître, pouvant laisser croire à une amélioration. Mais les vomissements deviennent continuels ; le pouls devient petit, incomptable ; le météorisme devient considérable. Et si l'on n'intervient pas le malade meurt d'une péritonite généralisée.

Ou bien la circulation est arrêtée dans les veines seulement ; et alors l'afflux du sang continue à se faire par les artères et une hémorrhagie intra-kystique ou intra-péritonéale se produit. La malade est emportée, au milieu de tous les signes d'une hémorrhagie interne : pâleur des téguments, refroidissement des extrémités, pouls petit, syncope finale.

Dans les cas de gravité moyenne, les plus fréquents, ceux dans lesquels l'étranglement n'est qu'incomplet, la malade, à la suite de cette crise, garde le repos pendant quelques jours, les douleur atroces du début s'atténuent, l'abdomen revient sur lui-même ; peu à peu les fonctions se rétablissent et la malade reprend ses occupations au bout de quinze jours ou trois semaines. Elle n'est cependant pas complètement guérie, car son kyste reste douloureux au toucher, probablement à cause des adhérences qu'il a contractées et elle reste exposée à voir se reproduire une seconde crise au bout d'un temps plus ou moins éloigné, puis une troisième dont la gravité

sera en général croissante, l'étranglement pédiculaire devenant de plus en plus complet.

Il faut signaler enfin une forme de torsion qui « se fait sans phénomènes aigus ni violents » (Rouffart), où les douleurs ont été comparées à des coliques néphrétiques. C'est une torsion lente, chronique, la forme latente de Legueu. La malade de notre observation IX en est un exemple. Dans ce cas pas de douleur syncopale ; les phénomènes de réaction péritonéale sont réduits presque au minimum ; la malade s'aperçoit que son ventre a un peu augmenté ; puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que se déclare une nouvelle crise en général plus forte que la première.

A quoi sont dues ces récidives ? Boursier envisage deux hypothèses : « ou bien la torsion pédiculaire disparaît après chaque crise pour se reproduire au moment de la crise suivante, ou bien la torsion ne ferait que s'augmenter par poussées successives au moment de chaque période d'accidents ; la disparition des phénomènes aigus serait due chaque fois à une sorte d'accoutumance de la tumeur à une circulation amoindrie. »

DIAGNOSTIC

Est-il possible de diagnostiquer un hydrosalpinx tordu d'un kyste de l'ovaire ?

Ce diagnostic est excessivement difficile étant donné que, sur les 41 observations rapportées par Cathelin, il n'a pas été fait une seule fois ; et sur les 27 observations où il est rapporté, on avait fait cinq fois le diagnostic de torsion, mais on pensait à un kyste de l'ovaire.

Dans l'observation plus récente que nous publions, le diagnostic porté avait été celui de kyste de l'ovaire tordu. Il est vrai que l'histoire de la torsion des hydrosalpinx est encore très récente, et que les cas en sont très rares. Peut-être le diagnostic en sera-t-il facilité plus tard.

Cathelin signale que « dans le kyste de l'ovaire, les dimensions sont en général beaucoup plus grandes, d'où des phénomènes de stase veineuse et d'œdème des membres inférieurs ; la mobilité est surtout latérale, et au palper abdominal, la tumeur apparaît sphérique avec zone de matité à convexité supérieure; — que dans le sal-

pinx hydrique tordu, il est rare qu'on puisse mobiliser la tumeur sur une aussi grande étendue; la convexité de la tumeur est déjetée au dehors et l'on ne trouve plus la matité de l'ascite; c'est si l'on veut la matité de l'ascite mais n'existant que d'un côté et, à la palpation, on pourrait arriver à sentir une tumeur dont la limite supérieure tend à fuir en bas et en dedans. »

Les signes qui, à la rigueur, peuvent être perçus en dehors de la grossesse, ne nous semblent plus assez caractéristiques, alors que le développement de l'utérus gravide a déplacé les organes abdominaux, changé leur rapport. Les phénomènes de stase veineuse ou d'œdème des membres inférieurs pourront parfaitement s'expliquer dans l'un et l'autre cas ; la tumeur sera probablement aussi bien immobilisée par l'utérus gravide, qu'elle soit hydrosalpinx ou kyste. Et, quant à la matité, les contours en seront également bien modifiés par cet accolement de deux tumeurs voisines.

Mais faisons observer que ce diagnostic n'a qu'un intérêt tout théorique, puisque dans l'un et l'autre cas le traitement est absolument le même.

Ceci étant dit, comment fera-t-on le diagnostic de torsion d'une tumeur kystique, diagnostic qui ne fut fait pendant longtemps qu'à l'autopsie, mais que les progrès de la clinique ont permis de formuler plus souvent (sur 18 cas de kystes de l'ovaire, sept fois la torsion fut diagnostiquée d'une façon ferme) (1)? Le problème diffère suivant que le praticien est appelé pendant ou en dehors de la crise; qu'il connaît ou ignore l'existence de la tumeur.

(1) Thèse de Baron, 1868.

a) *L'existence du kyste est connue.* — Ce sont les cas les plus faciles. Si la malade et le médecin connaissaient l'existence de ce kyste jusque-là presque indolent, mobile, à accroissement lent, ils pourront être frappés tout d'abord de la douleur subite et de l'augmentation rapide du volume de cette tumeur ; les autres symptômes apparaîtront bientôt et devront attirer l'attention du médecin sur la possibilité d'une torsion de son pédicule.

Les moyens d'exploration lui fourniront des renseignements complémentaires.

b) *L'existence du kyste n'est pas connue.* — C'est alors que le médecin devra interroger avec le plus grand soin la malade pour savoir si elle n'est pas sujette depuis quelque temps à des malaises dans le bas-ventre, si elle n'a pas éprouvé quelques douleurs abdominales localisées ou non, intermittentes, si ces douleurs n'ont pas été accompagnées de vomissements.

Si l'on constate alors, à côté de l'utérus non douloureux, l'apparition d'une tumeur abdominale, s'accompagnant de cette douleur en coup de poignard, de météorisme et de vomissements, le médecin devra songer avant tout à la possibilité d'une torsion pédiculaire.

Il est vrai que cet accident peut être confondu avec d'autres accidents du kyste, dont le diagnostic différentiel est quelquefois très difficile.

Les kystes intraligamenteux peuvent être le siège d'hémorrhagies s'accompagnant de réaction péritonéale qui simulent la torsion. Le diagnostic est à peu près impossible ; mais il n'en résulte aucun inconvénient, la seule intervention étant l'ovariotomie. Il en est de

même de l'étranglement du kyste par une bride fibreuse et de l'élongation de son pédicule.

La rupture du kyste donne lieu également à des douleurs, des vomissements, modifications du pouls, en résumé à toutes les manifestations d'une réaction péritonéale. Mais il existe dans ce cas un signe différentiel d'une grande valeur lorsque l'existence de la tumeur est connue, c'est l'affaissement du kyste lorsqu'il se rompt, son accroissement lorsqu'il se tord.

D'autres erreurs de diagnostic ont été également commises, et l'on a pris pour des torsions pédiculaires soit des accidents survenant dans d'autres tumeurs abdominales, soit des affections diverses à douleur vive et subite. Le diagnostic différentiel devra être fait surtout avec :

1° L'appendicite ;

2° L'occlusion intestinale ;

3° La grossesse extra-utérine.

1° *L'appendicite.* — M. Bouilly (1) a rapporté le cas d'une femme enceinte qui, au cinquième mois de sa grossesse, présenta des phénomènes péritonéaux simulant l'appendicite ; la laparotomie montra un petit kyste de l'ovaire à pédicule tordu. La confusion est en effet possible, les signes du début pouvant être à peu près les mêmes dans les deux affections lorsque la douleur siège dans la fosse iliaque droite. On a dit que l'appendicite avait son siège au point de Mac Burney ; mais ce point est si mobile suivant la position de l'appendice, que sur ce seul signe il serait peut-être difficile de se prononcer ;

(1) Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 2 mars 1900.

tout au plus pourra-t-on dire que la douleur de l'appendicite perforante est localisée en un seul point, tandis qu'elle est plus étendue dans le cas de torsion.

Quant à l'induration dans la fosse iliaque, elle est tout à fait spéciale et les abcès appendiculaires n'atteignent jamais d'emblée le volume d'une poche kystique. Un examen approfondi pourra seul fournir les éléments du diagnostic ; mais cet examen lui-même, impossible pendant la crise, est toujours difficile dans la suite par la persistance de la douleur à la pression profonde dans la fosse iliaque, le météorisme ou l'empâtement consécutif à la crise aiguë dans les deux cas.

2° *Une occlusion intestinale* s'accompagne de douleurs violentes, de vomissements, de constipation, de ballonnement du ventre, de pouls petit et fréquent ; mais l'arrêt des gaz et des matières est dans ce cas toujours complet ; les vomissements deviennent rapidement fécaloïdes et la température s'élève. Enfin l'anesthésie, même en cas de grossesse, lèvera la plupart du temps tous les doutes en permettant l'étude de la tumeur abdominale ; il pourra être très utile d'avoir recours à ce moyen dans les cas douteux.

3° Enfin les *grossesses extra-utérines*, qui peuvent être également matière à confusion, sont très difficiles à différencier d'un kyste tordu coexistant avec une grossesse normale.

Nous savons que les accidents de torsion sont plus fréquents du deuxième au quatrième mois. Or lorsqu'un kyste fœtal vient à se rompre, cet accident, qui se produit surtout de la huitième semaine à la douzième,

d'après les statistiques de Parry, Hennig et Maygrier, s'annoncera par une douleur très vive dans l'abdomen avec irradiations multiples ; la face deviendra pâle, le pouls sera petit et fréquent ; des vomissements apparaîtront. Tous les symptômes fonctionnels de la grossesse normale pourront exister (suppression des règles, augmentation de volume du ventre et des seins, troubles digestifs). Cette femme aura eu pendant sa grossesse quelques douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre avec irradiation dans les lombes ; son ventre se sera à ce moment un peu ballonné, sera devenu plus douloureux ; ces accès se seront accompagnés ou non de symptômes fébriles, de constipation.

L'examen permettra de constater un utérus à peu près normalement développé (l'utérus s'hypertrophie pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse extra-utérine, jusqu'à atteindre le volume d'un utérus gravide de deux mois et demi à trois mois) ; le col de l'utérus sera un peu ramolli. Enfin si l'on a affaire à une rupture incomplète, progressive (Lejars), on pourra trouver à côté de cet utérus hypertrophié une tumeur bien circonscrite qui sera le kyste fœtal.

On voit combien ce tableau clinique se rapproche de celui de la torsion pédiculaire pendant la grossesse. L'on y retrouve les mêmes douleurs dans le bas-ventre, les mêmes poussées subaiguës de péritonite. La crise est à peu près la même ; l'examen manuel enfin donne à peu près les mêmes renseignements dans les deux cas.

Il faudra recourir à un examen attentif et méthodique qui, dans le cas de rupture de kyste fœtal, permettra de

reconnaître que le cul-de-sac postérieur est abaissé dans le vagin et s'emplit peu à peu d'une masse liquide, fluctuante. Si la quantité de liquide n'est pas considérable, par le palper combiné au toucher après anesthésie chloroformique, on pourra percevoir, plus haut située, une tumeur immobile, dans laquelle on retrouvera l'existence d'un fœtus, si celui-ci avait acquis un certain développement (crépitation osseuse fournie par les os de la tête, après la mort). Mais ces derniers signes seront très inconstants.

La question du diagnostic différentiel sera plus facilement tranchée si l'on peut poser le diagnostic de la grossesse normale, celle-ci coexistant très rarement avec une grossesse tubaire.

Il existe encore un certain nombre d'affections qui ont pu être confondues avec la torsion d'un kyste de l'ovaire ou d'un hydrosalpinx.

Les douleurs lancinantes de la forme latente de Legueu pourraient être prises pour des coliques hépatiques ou des coliques néphrétiques ; l'absence de tumeur et des symptômes concomittants permettra de les différencier facilement.

Enfin si la torsion se produit pendant les suites de couches, elle pourra être confondue avec la péritonite puerpérale. Lawrence (*British médical Journal*, septembre 1893), rendant compte de dix ovariotomies pour kystes rompus ou tordus, dit qu'il y avait du liquide libre dans la cavité abdominale qui masquait le kyste et que les dix fois on crut à des péritonites puerpérales. Ce diagnostic n'est possible que lorsqu'on parvient à sentir la tumeur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous étendrons pas longuement sur l'anatomie pathologique de la torsion pédiculaire. Les lésions produites ont été tant de fois étudiées pour les kystes de l'ovaire et si bien exposées par Cathelin pour les hydrosalpinx que nous n'indiquerons que les grandes lignes de la question.

Les lésions produites par la torsion se manifestent du côté du pédicule, du côté du kyste, du péritoine et des organes voisins ; elles diffèrent suivant que l'étranglement est complet ou incomplet.

Lésions du pédicule. — La torsion du pédicule se produit le plus souvent ainsi que l'a fait remarquer Guichard (1) dans un point très rapproché de la corne utérine correspondante.

Le nombre des tours de spires est très variable ; on peut admettre qu'il varie de 1/2 à 6 et que les torsions les plus fréquentes sont de deux ou trois tours. Cathelin

(1) *Thèse* de Lyon, 1895.

se demande même si l'on n'a pas compté pour des tours entiers des demi-tours et si les cas de 6 tours ne sont pas des cas faussement interprétés.

Quant au sens de la torsion, nous pouvons faire remarquer que dans les cas de grossesse il est pour les trois hydrosalpinx droits, les seuls observés, en sens inverse des aiguilles d'une montre. Hartmann en 1894 disait : « Sur la torsion d'annexes droites, il y avait 4 fois torsion dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre, deux fois torsion en sens inverse ; il serait donc bien certain qu'une certaine règle préside à la torsion et que cette dernière débute le plus souvent par l'extrémité externe de la trompe en arrière, ce qui produit à droite un mouvement dans le sens de celui des aiguilles d'une montre, à gauche un mouvement en sens inverse. Les deux cas qui font exception à la règle avaient trait à des annexes droites qui, au lieu de tomber en arrière, avaient évolué en avant vers les culs-de-sac vésico-utérins ; l'état gravide de l'utérus avait peut-être joué un rôle dans l'un de ces deux cas. »

Ce fait se trouve vérifié dans les deux autres observations que nous reproduisons.

Pour les kystes de l'ovaire, les auteurs ne sont pas d'accord même en dehors de la grossesse ; nos observations pendant la grossesse ne notant que trois fois le sens de la torsion, il nous est difficile de conclure. Disons seulement qu'une fois elle se fit en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre pour un kyste droit ; une fois dans le sens, une fois en sens inverse

pour un kyste gauche. Notre hypothèse se trouve donc vérifiée deux fois sur trois.

Les lésions proprement dites vont de la simple congestion se traduisant par une coloration rouge vineux à la gangrène caractérisée par une teinte feuille morte. Quelquefois le kyste est augmenté de volume et présente du côté de la circulation veineuse et lymphatique des dilatations vasculaires. Ces lésions siègent en dehors du point où porte l'étranglement. Au niveau de l'étranglement, les veines sont diminuées de volume et quelquefois oblitérées ; il peut en être de même des artères.

En tous cas, les diverses altérations ont pour effet de rendre le pédicule très friable et prêt à se rompre. Il arrive même que le kyste se détache et se trouve ainsi libre dans l'abdomen.

Lésions du kyste. — Les lésions varient également suivant le degré d'étranglement.

Les parois peuvent être un peu violacées, sans être cependant profondément altérées ; dans ce cas, le liquide est presque normal, citrin ou faiblement hémorrhagique.

Ou bien, lorsque les veines sont comprimées, mais que les artères restent perméables, les parois s'épaississent, s'infiltrent et deviennent très friables ; le liquide, dans ce cas, est mêlé de sang et il prend alors une teinte brunâtre, chocolat, café au lait.

Enfin, lorsque l'arrêt de la circulation est complet, la tumeur kystique se sphacèle, ce qui se traduit par l'apparition d'une teinte ardoisée , et c'est alors que le kyste qui est fortement distendu par l'épanchement sanguin, se rompt.

Lésions du péritoine. — Dans presque tous les cas, le péritoine réagit ; il s'y produit une inflammation plus ou moins vive, aboutissant à la production d'adhérences, qui, suivant leur ancienneté, sont plus ou moins résistantes. Le péritoine contient assez souvent de la sérosité rosée, ou même sanguinolente.

Ces péritonites, qui succèdent à une torsion modérée du kyste, sont en général bénignes et disparaissent rapidement après la laparotomie. Il ne faut cependant pas trop « compter sur la bénignité finale des accidents » (Lejars), quoiqu'elles appartiennent à la variété des péritonites aseptiques, décrites par Hartmann et Morax. Lorsque l'on trouve des microbes dans l'exsudat, c'est qu'il y a eu infection secondaire, en général d'origine intestinale.

Lésions du voisinage. — Les organes voisins participent quelquefois à la torsion du pédicule des tumeurs kystiques.

Dans le cas de kyste de l'ovaire, la trompe peut se trouver entraînée dans le mouvement de rotation du kyste. S'il s'agit d'un hydrosalpinx, l'ovaire peut se trouver entraîné par la trompe ; il est en général augmenté de volume, congestionné, hémorrhagique.

On a vu l'utérus se tordre d'un demi-tour à la suite de la torsion d'un kyste de l'ovaire.

Nous citons un cas où l'appendice adhérait à la tumeur.

L'intestin qui a pu adhérer au kyste lors d'une première crise s'est vu entraîné par lui et pris dans le tour

de spire ; et cet accident donne lieu à des phénomènes d'occlusion intestinale.

Enfin il arrive d'observer de la thrombose du ligament large ; partie des veines du pédicule, elle s'étend aux veines du ligament large jusqu'à l'iliaque interne et à la fémorale.

PRONOSTIC

Toute torsion d'une tumeur kystique des annexes est grave pour la mère, grave pour l'enfant.

Grave pour l'enfant, puisqu'elle peut amener l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Grave pour la mère, à cause des complications que cette torsion entraîne (hémorrhagie interne grave, rupture ou sphacèle de la tumeur pouvant amener une péritonite mortelle, sans parler de la suppuration pelvienne entraînant la mort par cachexie ou de la thrombose des veines du ligament large et par extension des iliaques).

Toutes ces complications ont été évitées dans la plupart de nos observations grâce à une intervention précoce dont nous allons aborder l'étude dans le chapitre suivant.

TRAITEMENT

Lorsqu'une grossesse survient chez une femme ayant un kyste de l'ovaire (1), la présence de la tumeur expose la malade à une série de troubles et d'accidents. L'un des plus fréquents peut-être est la torsion du pédicule; mais d'autres accidents sont possibles, comme les hémorrhagies intrakystiques et les ruptures indépendantes de tout étranglement. Le kyste inversement peut avoir une influence néfaste sur la grossesse. La compression des organes abdominaux est énorme et ses conséquences multiples (constipation, difficulté de la miction, varices et œdèmes des membres inférieurs) en sont encore aggravés. Les kystes peuvent causer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Enfin lorsqu'ils sont logés dans le bassin, ils peuvent devenir une cause de dystocie.

Jetter a démontré que la présence d'un kyste au mo-

(1) Ce que nous disons ici s'applique aux hydrosalpinx. La technique de l'opération sera seule un peu différente.

ment de l'accouchement donnait pour la mère une mortalité de 50 0/0, pour l'enfant de 48 0/0. Cette raison doit suffire à imposer une thérapeutique active.

L'avortement provoqué et l'accouchement prématuré artificiel, préconisés par Barnes à cause des risques de rupture, d'étranglement de la tumeur, de choc consécutif, d'hémorrhagie et de péritonite ne nous donnent aucune garantie au point de vue torsion. L'observation de Lawrence rapportée par nous en est une preuve éclatante.

La ponction, qui pourra être employée au moment de l'accouchement pour permettre l'expulsion du fœtus, est également considérée comme une cause de torsion (Thornton Knowsley).

Aussi un seul précepte doit-il diriger notre conduite : « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse commande l'intervention (Pinard). »

OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE

La première ovariotomie au cours de la grossesse fut pratiquée par Burd (1846) ; l'état de gravidité de la malade n'avait pas été soupçonné ; celle-ci avorta deux jours après l'intervention.

En 1850, Atlee opéra une femme qui mourut un mois après l'opération, emportée par des vomissements incoercibles.

Marion Sims, après avoir reconnu l'Etat de gestation pendant l'opération, fut le premier à voir continuer la grossesse jusqu'à terme.

Enfin, en 1856, Spencer Wells, après un diagnostic exact, opéra sa malade avec un résultat heureux.

Préconisée en 1877 par Olshausen, l'ovariotomie rencontre dans Rémy (1) un partisan modéré, mais jouit depuis les travaux de Terrillon, Dsirne, et de Condamin, d'une faveur toujours grandissante, cette opération bénéficiant d'ailleurs des avantages de l'antisepsie.

En 1892, Dsirne, après avoir relevé 135 cas d'ovariotomie pendant la grossesse, formulait les conclusions suivantes :

1° L'existence simultanée d'une tumeur ovarienne est une complication toujours grave de la grossesse et qui met en question presque toujours l'intervention radicale, l'extirpation.

2° Plus la grossesse est avancée, plus la situation devient grave pour la mère et pour le fœtus.

4° La ponction, l'accouchement prématuré ne doivent être considérés que comme des procédés d'urgence.

4° L'ovariotomie donne les meilleurs résultats dans les deuxième, troisième et quatrième mois.

5° Quand une intervention précoce n'a pas été possible il faut la faire dans les derniers mois, car elle donne à ce moment encore de bons résultats.

Une observation rapportée à la Société obstétricale de Saint-Pétersbourg par Dmitride Ost confirma l'année suivante cette dernière assertion ; il s'agissait d'une ovariotomie faite au neuvième mois de la grossesse avec un double succès.

(1) Thèse d'agrégation, 1886.

Quant aux règles de l'intervention, elles ont été formulées par Terrillon. L'incision sera très petite, 6 à 8 centimètres si possible, pour éviter l'éventration qui se produirait fatalement si la grossesse arrivait à terme ; éviter soigneusement de toucher à l'utérus pour ne pas exciter ses contractions ; n'employer pour le lavage du péritoine que l'eau tiède dont la température ne dépassera jamais 30°, une eau plus chaude pouvant provoquer des contractions utérines. Après l'opération, appliquer un bandage compressif.

Nous recommanderons encore quelques précautions prises par le professeur Pinard et déjà signalées dans la thèse de Cocard.

La malade doit être opérée dans la position horizontale. Si l'on emploie en effet la position inclinée, l'utérus obéissant aux lois de la pesanteur, quitte le petit bassin et est exposé ainsi à se contracter par suite de ces déplacements. Un avortement peut en résulter, témoin l'observation que nous avons en vue.

Le professeur Pinard recommande encore, dans les jours qui suivent l'opération, l'emploi des injections de morphine qui empêcheront ainsi la production des contractions utérines, d'une façon bien plus certaine que le lavement opiacé préconisé par Engstrom.

Quel est le pronostic de cette intervention ?

Sur 30 cas réunis par Schrœder, Rein et Engstrom on trouve une mortalité maternelle nulle et une mortalité fœtale de 10 %.

Dans les 29 réunis par Cocard, une fois la mort de la mère, trois fois celle de l'enfant.

Le pronostic, on le voit, est plutôt favorable ; semble-t-il s'assombrir lorsque la laparotomie a été nécessitée par des symptômes de torsion ? Nous ne le croyons pas puisque dans tous les cas que nous rapportons, qu'il s'agisse de kyste de l'ovaire ou d'hydrosalpinx, nous voyons la grossesse continuer après l'opération.

OVARIOTOMIE PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

Lorsque le kyste n'aura été diagnostiqué qu'après l'accouchement ou que pour une raison ou pour une autre on n'aura pu intervenir pendant la grossesse, quand devra-t-on pratiquer la laparotomie et quel sera le pronostic de l'intervention ?

En général la femme atteinte d'une tumeur kystique aura eu une grossesse pénible son accouchement aura été laborieux, elle se trouvera par conséquent dans un état tel que les auteurs attendent la cinquième ou la sixième semaine avant d'intervenir si le kyste reste silencieux.

Mais l'accident, dont nous nous occupons dans cette thèse, est la plupart du temps si grave qu'il vaut mieux ne pas attendre, croyons-nous, que des crises successives aient considérablement affaibli la malade ; s'il devenait nécessaire d'intervenir immédiatement, le pronostic de l'opération s'en trouverait encore assombri.

Aussi dirons-nous, avec Condamin, qu'après l'accouchement, il sera nécessaire de tenir la malade porteur d'un kyste ovarien constaté au moment du travail, au

repos le plus absolu avec un bandage compressif de l'abdomen et cela jusqu'au moment où l'on pourra pratiquer une intervention radicale ; on aura ainsi des chances d'éviter la torsion qui, comme on le sait, est fréquente après l'accouchement.

Mais s'il survient des accidents de torsion on ne doit pas hésiter à intervenir, même en pleine période puerpérale.

Les résultats d'une opération faite dans ces conditions sont évidemment moins bons que ceux de l'intervention pendant la grossesse.

OBSERVATIONS

Observation I

Par MM. Pinard et Segond

Kyste de l'ovaire gauche ; torsion du pédicule vers le deuxième mois de la grossesse. Laparotomie et ablation du kyste à la fin du troisième mois. Evolution consécutive normale de la grossesse.

La femme R..., âgée de trente-six ans, femme de chambre, entre à la clinique Baudelocque et est admise à la salle Levret, le 29 novembre 1899.

Au point de vue de ses antécédents personnels, son casier pathologique est absolument vide.

Elle a eu deux grossesses normales, terminées par des accouchements spontanés et à terme, le premier chez elle le 13 juillet 1893 (garçon vivant et bien portant) ; le deuxième en juin 1898, à la clinique Baudelocque (garçon vivant et bien portant).

Santé générale excellente et règles normales jusqu'au mois de septembre. Dernières règles du 2 au 5 septembre.

Quinze jours après les dernières règles, cette femme a commencé à ressentir des douleurs abdominales non localisées, intermittentes, qui la déterminèrent à venir à la consultation de la clinique Baudelocque, où elle fut examinée par ma

sage-femme en chef, Mlle Roze. La fiche de cette consultation porte comme diagnostic : peut-être début de grossesse,et, comme traitement : éviter toute fatigue et veiller à la régularité des fonctions intestinales et vésicales.

Deux mois s'écoulèrent sans incidents ; les douleurs abdominales sous l'influence du repos avaient disparu.

Le 27 novembre, à 5 heures du matin, cette femme fut réveillée par une douleur abdominale extrêmement vive, localisée au côté gauche. Cette douleur est tellement aiguë qu'elle provoque un état demi-syncopal, mais il n'y eut pas de perte de connaissance. Quelques instants après, un vomissement bilieux se produisit. Un médecin appelé ordonna des calmants mais, aussitôt après son départ, cette femme qui était déjà venue accoucher à la clinique Baudelocque, qui était venue à la consultation deux mois auparavant, préféra y retourner et s'y fit conduire de suite. A son arrivée, facies grippé plutôt que pâle. Pouls 82. Température 37°1. Ventre météorisé. Hypéresthésie de toute la paroi abdominale mais plus accusée du côté gauche. Palper difficile et douloureux et ne donnant que des sensations vagues. Le toucher fait constater l'existence d'un col un peu mou, entr'ouvert, mais long ; le segment inférieur de l'utérus est développé. Aucune tumeur bien saillante dans les culs-de-sac. Combinant le toucher au palper, autant que faire se peut, on parvient à reconnaître que le fond de l'utérus, un peu incliné à droite, s'élève à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et qu'il est flanqué à gauche d'une tumeur dont les limites sont difficiles à préciser, en raison de la douleur que provoque la moindre pression de la paroi abdominale, mais dont le volume ne dépasse certainement pas le volume du poing.

Aucune indication d'une intervention urgente n'existant, le traitement suivant fut institué : repos absolu au lit ; glace sur le ventre ; injections sous-cutanées de morphine ; lavements bi-quotidiens avec un litre d'eau bouillie et ramenée à 48°. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs abdominales s'atté-

nuèrent et bientôt, malgré une sensibilité douloureuse à la pression persistant à gauche, l'exploration pratiquée quotidiennement avec beaucoup de douceur devint plus facile et donna des résultats de plus en plus nets. L'on put de cette façon délimiter deux tumeurs — l'une constituée par l'utérus que l'on sentait se contracter et l'autre située dans la fosse iliaque gauche, offrant une tension considérable — et assister à leur inégal développement. Tandis que l'utérus semblait se développer d'une façon normale et offrait un volume en rapport avec l'âge présumé de la grossesse, l'autre tumeur prenait un développement beaucoup plus considérable. C'est ainsi que le mercredi 20 décembre, le fond de l'utérus était à 16 centimètres au-dessus du pubis et à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic et la tumeur occupant la fosse iliaque et le flanc gauche dépassait l'ombilic de 7 centimètres. Ce même jour, je présentai cette femme à mon collègue et collaborateur Segond, avec cette étiquette : kyste de l'ovaire à pédicule tordu compliquant une grossesse de trois mois environ, et lui demandai de l'examiner et de l'opérer s'il partageait mon opinion.

Après examen, mon collègue formula le même diagnostic et séance tenante, l'opération fut pratiquée (à 11 h. 1/2 le 20 décembre).

Dès l'ouverture de la cavité abdominale, on put apercevoir deux tumeurs ; l'une médiane offrant tous les caractères d'un utérus gravide de trois mois, l'autre située à gauche et beaucoup plus allongée.

Cette seconde tumeur, de coloration très foncée, pouvait tout d'abord en imposer et faire croire à l'existence d'une grossesse extra-utérine. La coloration n'était pas uniforme ; les trois quarts supérieurs offraient une coloration brune, le quart inférieur une coloration plus rouge et paraissant plus superficielle.

Mais cette impression visuelle disparut bien vite quand mon collègue Segond, ayant agrandi son incision abdominale, mit à découvert un kyste de l'ovaire gauche offrant une double torsion de son pédicule. Ce kyste avait contracté de nombreuses

adhérences avec l'intestin ; la décortication en fut assez laborieuse ; en la pratiquant, il se produisit une déchirure au voisinage du pédicule et il s'écoula une certaine quantité de liquide sanguinolent. Finalement le kyste fut énucléé en bloc et son pédicule lié avec de la soie plate. L'utérus avait été, pendant ces manœuvres, ménagé avec le plus grand soin. Dans l'espoir de voir aussi continuer la grossesse, la paroi abdominale fut refermée sans drainage avec un seul plan de sutures à fils d'argent. Un pansement à la gaze stérilisée modérément compressif termina l'opération.

L'examen des pièces permit de faire les constatations suivantes :

Poids du kyste plein.....	700 gr.
Poids du kyste vide.....	125 gr.

Le liquide contenu dans le kyste était couleur café noir. La paroi du kyste avoisinant le pédicule était le siège d'un épanchement sanguin de coloration plus rouge, donc plus récent. La trompe paraît absolument saine et normale.

Les suites opératoires ont été aussi simples que possible et eussent été absolument normales sans l'apparition d'une bronchite au troisième septénaire qui disparut définitivement le 17 janvier.

Pendant les trois premiers jours, dans le but de prévenir l'avortement, je fis pratiquer toutes les vingt-quatre heures deux injections sous-cutanées de morphine, soit 2 centigrammes par jour.

L'ablation des fils eut lieu le neuvième jour. Réunion parfaite. La grossesse suit son cours normal et aujourd'hui 2 mars, le fond de l'utérus s'élève à 26 centimètres au-dessus de la symphyse.

L'accouchement a lieu le 24 juin à Baudelocque ; sommet spontané ; fille du poids de 3.640 grammes.

Observation II

Par Mayo Robson (Abdominal and Other capital opérations performed during pregnancy. *British médical J.*, nov. 9 1889.

Torsion d'une tumeur de l'ovaire au second mois de la grossesse ; ovariotomie ; guérison ; continuation de la grossesse.

Mme A..., âgée de 25 ans fut vue pour la première fois par mon frère M. Herbert Robson, le 7 juillet ; mariée depuis deux mois, d'une bonne santé ordinaire. Ses règles avaient cessé au moment de son mariage et n'avaient pas reparu depuis ; elle ne croyait d'ailleurs pas être enceinte. Après un dîner quelque peu abondant le 7 juillet, elle fut prise d'une violente douleur à gauche qu'elle supposa être une colique et qui fut dissipée par une injection de morphine. Mon frère remarqua que l'abdomen était plus développé qu'il n'eût dû l'être et suspecta la présence d'une tumeur. Quoique la douleur fût vive, la malade n'était pas abattue.

Le 8 juillet, nous trouvâmes une tumeur fluctuante remontant à un pouce et demi au-dessous de l'ombilic. La tumeur était mate à la percussion et était entourée d'une zone sonore. La sensibilité de l'abdomen n'était pas augmentée ; les veines n'étaient pas dilatées ; l'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, ne permit pas de découvrir les battements d'un cœur fœtal ou d'un souffle placentaire.

Les mouvements de l'utérus se transmettaient à la tumeur. Du 8 au 14 juillet la malade eut deux crises semblables à la première, quoique moins graves.

Le 14 juillet, la matité remontait à l'ombilic ; mais les flancs étaient tout à fait sonores.

Le 15, la douleur recommença, et dut être traitée par la morphine.

Le 16, la tumeur remontait à deux pouces au-dessus de

l'ombilic où il y avait une sensibilité marquée. La fluctuation était facilement perçue à travers la paroi abdominale.

Les symptômes devenant plus graves et la malade étant manifestement épuisée, le pouls battant continuellement à plus de 100, l'autorisation d'opérer fut demandée ; nous appelâmes d'ailleurs en consultation le docteur Pridgin Teale, qui fut d'avis de faire immédiatement la laparotomie.

Le 17 juillet, la malade ayant été endormie, j'ouvris le ventre par une incision de deux pouces et demi. En ouvrant le péritoine, il s'écoula à peu près une pinte d'un liquide foncé, de couleur café et l'on arriva sur une tumeur de l'ovaire gauche, qui avait tourné de gauche à droite, tordant le pédicule et étranglant partiellement la tumeur. Le pédicule fut lié, coupé et le péritoine nettoyé avec soin. La plaie fut fermée avec de la soie.

Le kyste contenait neuf pintes de liquide. Le pouls, qui, avant l'opération, était à 112, atteint immédiatement après 108. Il ne se produisit plus de vomissement ; la température s'abaissa à 99° (Farenheit). Les points de suture furent enlevés le septième jour.

La malade ne souffrit plus ; elle se leva le quatorzième jour et partit au bord de la mer.

Depuis l'opération, son poids a augmenté ; sa santé n'avait jamais été aussi bonne depuis très longtemps.

La grossesse paraît suivre son cours.

Février 1899. Mme A..., accouche d'une fille.

Observation III (résumée)

Docteur Bouilly. In *thèse* Baron, Paris, 1898.

Kyste de l'ovaire droit. Grossesse de trois mois. Torsion du pédicule. Laparotomie. Guérison. Accouchement à terme.

Jeune femme de 23 ans, enceinte de trois mois, grossesse absolument normale ; une première grossesse terminée par un

accouchement à terme en janvier 1892 ; après l'accouchement on diagnostique un kyste de l'ovaire droit du volume de deux poings ; l'opération proposée par le docteur Bouilly est refusée; la malade redevient enceinte en septembre 1892.

Le 7 janvier 1893, le matin au réveil elle est prise d'accidents abdominaux graves sans cause apparente ; le docteur Bouilly qui la voit le 11 janvier connaissant les antécédents de la malade, porte d'emblée le diagnostic de torsion du pédicule et conclut à une intervention immédiate.

Opération. — Le docteur Bouilly pratique la laparotomie le 13 janvier. Kyste à parois noirâtres, épaissies et friables ; adhérences nombreuses, molles, faciles à détacher.

Par la ponction on retire 3/4 de litre de liquide sanguinolent ; pédicule raccourci par une torsion d'un tour et demi de droite à gauche. L'utérus développé comme à trois mois se trouve en arrière du kyste. Le bassin contient quelques cuillerées de sérosité péritonéale sanguinolente.

Suites opératoires très simples. Après une élévation de température au dixième jour qui persiste pendant deux ou trois jours, la malade quitte la maison de santé le 17 février en pleine convalescence.

La grossesse évolue normalement et se termine à terme en juin 1893.

Observation IV (résumée)

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu. Grossesse de deux mois. Ovariotomie. Continuation de la grossesse. (Engstrom).

Femme qui a eu sept enfants vivants. A ses dernières couches, on s'aperçoit que le ventre est plus gros qu'à l'ordinaire si bien qu'on s'attend à un accouchement gémellaire. Le lendemain de l'accouchement la malade est prise de douleurs abdo-

minales accompagnées de météorisme qui la retiennent au lit pendant sept semaines.

On fait le diagnostic de tumeur abdominale. Les règles reparurent pour la première fois après l'accouchement le 2 décembre 1884 et durèrent jusqu'au 8, elles revinrent ensuite le 28 décembre 1884 et durèrent jusqu'au 4 janvier 1885 ; depuis elles furent supprimées.

A l'examen : utérus grossi recourbé en arrière et pressé contre le fond du bassin, se mouvant un peu de côté ; l'abdomen est bombé par une tumeur ronde, oscillante, non mobile, descendant profondément dans le bassin, dépassant en haut l'ombilic de quatre doigts. et occupant presque toute la largeur de l'abdomen. La plus grande circonférence de l'abdomen est de 97 centimètres.

On ne songe pas à la possibilité d'une grossesse.

Le 29 janvier 1885. — Ovariotomie. Kyste tellement adhérent à la paroi antérieure qu'on lui fait une section par mégarde. On vide ses diverses loges à l'aide d'éponges et on peut enfin le décortiquer malgré des adhérences supérieures avec l'épiploon sur toute sa largeur. Le pédicule tordu de deux tours sur son axe fut lié par trios ligatures partielles et une entière, puis réduit. Sutures profondes à la soie.

D'après des renseignements postérieurs donnés par le mari, aucune hémorrhagie ne s'était produite et la femme était grosse.

Le 28 octobre, elle accoucha d'un garçon vivant du poids de 5 kil. 100. Couches normales.

Observation V

In *thèse* Baron

Kyste paraovarien pédiculisé. — Grossesse de 3 mois. — Torsion du pédicule. — Utérus rétrofléchi. — Laparotomie. — Guérison.

Ernestine H..., âgée de 28 ans, entrée salle Delessert, le 13 juin 1898, à l'hôpital Tenon, service du docteur Chaput.

Réglée à 14 ans régulièrement, mariée à 16 ans. Trois enfants, le premier il y a 11 ans, le deuxième il y a 8 ans, le troisième il y a 2 ans.

Couches et suites de couches normales. Pas de fausses couches.

Il y a cinq ans, elle entre à l'hôpital Tenon parce qu'elle ressentait des douleurs dans le ventre du côté droit et qu'elle sentait une tuméfaction de ce côté. On lui conseille l'opération qu'elle refuse ; on lui fait une ponction sous le chloroforme, en un point qu'elle ne peut préciser et on lui dit qu'elle est atteinte de kyste hydatique. Elle reste 3 semaines et sort guérie.

Plus d'accidents jusqu'à ces derniers mois où elle ressent de nouveau des douleurs qui augmentent depuis un mois et deviennent intolérables depuis le 11 juin. Elle a des vomissements bilieux continuels mais elle croit être enceinte, ses dernières règles datent du 2 avril.

La malade a été examinée à son entrée. Elle souffre du ventre qui est très sensible à la palpation, elle a des vomissements, pas de fièvre, elle en aurait présenté tous les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. On hésite entre le diagnostic de kyste de l'ovaire à cause de la tumeur fluctuante, juxta-utérine; le fond de l'utérus gros et rétrofléchi empêche la tumeur de proéminer vers les culs de-sac vaginaux. Le docteur Chaput, se basant sur l'histoire ancienne de kyste hydatique, pense plutôt à une tumeur de cette nature. La ponction exploratrice qui retire un liquide clair comme de l'eau de roche, semble confirmer son diagnostic.

La tumeur, développée à droite, dépasse légèrement la ligne médiane à gauche ; elle dépasse l'ombilic de deux à trois travers de doigt ; pas de matité hépatique ni sous-hépatique.

Le 15 juin laparotomie. La ponction ramène trois litres de liquide clair : ablation de la poche non adhérente, ligature sur la trompe et l'ovaire tout à fait apoplectique. Le kyste était pédiculisé sur le ligament large qui dut être détourné trois ou quatre fois.

Redressement de l'utérus. Suture.
Ablation des fils huit jours après. Guérison.
La malade continue sa grossesse.

Observation VI

In *thèse* Finaz.

Kyste de l'ovaire. — Adhérences à l'épiploon. — Torsion du pédicule ayant peut-être debuté à l'occasion d'une grossesse et ayant peut-être été la cause de l'avortement. — Ovariotomie par M. Laroyenne.

L. A..., 34 ans. Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans; a eu deux enfants et au mois de novembre 1894, a fait après dix jours de souffrances une fausse couche au septième mois.

Mais dès le mois de mars 1894, elle s'aperçut que son ventre grossissait à droite, sans éprouver d'autres troubles.

Pendant sa grossesse, la tumeur augmenta insensiblement; mais depuis sa fausse couche, la progression a été beaucoup plus rapide et la malade a commencé à souffrir. Elle ressentit des douleurs lancinantes irradiées dans l'abdomen et des tiraillements dans les flancs.

L'appétit a beaucoup diminué et la malade a beaucoup maigri.

Elle entre à l'hôpital à la fin de janvier 1895, à cause, dit-elle, de la gêne qu'elle éprouve à se courber en deux; mais les douleurs signalées plus haut ont disparu depuis quelques jours.

Actuellement le ventre a le volume d'une femme de sept mois, la tumeur née à droite s'étend à gauche jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic. Matité franche. Fluctuation. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 1er février 1895. On trouve un kyste adhérent surtout à l'épiploon qui est sectionné en trois points après ligature

Liquide hématique couleur café assez épais.
Le pédicule rétréci en un point paraît tordu.
La malade sort le 21 février ; elle va bien.

Observation VII

Par MM. A. Pinard et Paquy.

Torsion d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec une grossesse de quatre mois. Ovariotomie. Guérison. Accouchement à terme.

La nommée B..., est une femme de 26 ans.

C'est une secondipare, qui ne présente aucun antécédent héréditaire, ni physiologique, ni pathologique.

Le 26 mai 1900, elle accouche spontanément, à terme, d'une fille vivante, née en présentation du sommet, qui fut élevée au biberon à la campagne et qui est actuellement bien portante. Pendant cet accouchement, la sage-femme qui assistait la parturiente aurait dit aux personnes de l'entourage que l'utérus avait une forme bizarre. Les suites de couches furent normales. Depuis l'accouchement, la malade dit avoir eu « le ventre un peu fort » mais elle affirme qu'elle n'a jamais souffert.

Elle fut réglée à partir du deuxième mois qui suivit l'accouchement.

Elle eut ses règles pour la deuxième fois du 30 mai au 4 juin 1901. Aux environs du 15 juillet elle ressentit pendant toute une journée une douleur extrêmement vive dans le côté droit. Elle resta couchée deux ou trois jours et peu à peu cette douleur s'atténua. Du 13 au 18 août elle fait un séjour à Ostende, ne souffre plus, et peut prendre deux bains de mer.

Le 25 août, seconde crise douloureuse qui dure quatre jours, et pendant laquelle la malade s'aperçoit que son ventre augmente de volume du côté droit ; elle est obligée de supprimer son corset qui la gêne depuis quelques jours.

Le 3 octobre, 3e crise, moins douloureuse que les précédentes, puisque ce jour-là la malade put reprendre son travail (elle est tisseuse et travaille à un métier mû par la vapeur).

Toutes ces crises ont été remarquables par l'acuité de la douleur ; mais elles n'ont jamais été accompagnées de syncope, de décoloration des téguments, de vomissements.

Le 9 octobre, la malade en se levant ressent une vive douleur dans le ventre. Elle travaille cependant jusqu'à 8 h. 1/2, souffrant de plus en plus, elle rentre chez elle et se couche. Vomissements alimentaires, puis bilieux, frisson. A 5 heures du soir elle est examinée par un de nos confrères qui conseille le repos et fait prendre une potion calmante.

La douleur persiste, et le 11 octobre, la malade entre à la clinique Baudelocque à 3 heures du soir.

A son entrée, elle fut examinée par la sage-femme en chef, qui porta le diagnostic suivant : tumeur kystique probablement de l'ovaire droit, à pédicule tordu, chez une femme enceinte de quatre mois environ. A ce moment la température est de 37°, le pouls est à 106.

Le lendemain 12 octobre. MM. Pinard et Paquy examinent cette femme à la visite du matin. Température : 36°8 ; pouls : 100, faciès légèrement grippé, état général médiocre.

Le ventre paraît aplati latéralement, à droite la paroi abdominale est soulevée par une tumeur qui atteint le rebord des fausses côtes ; à gauche par les anses distendues qui se dessinent sous la paroi.

La tumeur droite, douloureuse à la pression, est nettement fluctuante dans ses deux tiers supérieurs. Son tiers inférieur est le siège d'un empâtement diffus très douloureux, qui longe l'arcade de Fallope et se constitue avec une tumeur située sur la ligne médiane, de consistance ferme, animée de mouvements de contraction et avoisinant l'ombilic.

Le toucher permet de constater que le col est ramolli, porté en arrière et à gauche.

Par le palper combiné au toucher, on peut s'assurer que

cette tumeur médiane est bien l'utérus, présentant l'aspect d'un utérus de quatre mois. Quant à la tumeur latérale, elle est nettement indépendante de l'utérus.

Les mamelons laissent sourdre à la pression une goutte de colostrum.

L'auscultation est négative. La femme nous dit ne pas percevoir encore de mouvements actifs.

En présence de la gravité des accidents présentés par la malade, après avoir confirmé le diagnostic porté la veille au soir, M. Pinard pense qu'une intervention s'impose et confie à M. Paquy le soin de la pratiquer.

Opération le 13 octobre. — Début du chloroforme 10 h. 30 matin. Début de l'opération 10 h. 45. Incision sur la ligne médiane allant de l'ombilic au pubis. Après ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide péritonéal louche. On aperçoit dans les deux tiers inférieurs de la plaie la face antérieure de l'utérus gravide ; au-dessus les anses grêles, distendues, mais de coloration normale.

Elles sont refoulées à l'aide de compresses. En écartant la lèvre droite de l'incision, on voit une tumeur kystique, de couleur brun verdâtre, fluctuante. On la ponctionne à l'aide de l'aspirateur Potain : il s'écoule 900 centimètres cubes de liquide citrin.

Le kyste vidé est extrait sans difficulté de la cavité abdominale. Au niveau du pédicule de la tumeur, qui n'est autre chose que la trompe distendue, on trouve l'ovaire qui a le volume d'une mandarine. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-même, en sens inverse des aiguilles d'une montre. On le détord ; il y a une légère adhérence celluleuse entre les deux tours. On excise les annexes droites après ligatures par deux fils de soie entre-croisés. Toilette péritonéale. Suture à deux plans de la paroi abdominale. Suture de la peau au crin de Florence. Durée de l'opération, trente minutes, pansement compris.

Examen des pièces. — La pièce enlevée est constituée par la

trompe droite et par l'ovaire. La trompe était transformée en une tumeur kystique, type d'hydrosalpinx, à surface extérieure ecchymotique. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-même en sens inverse des aiguilles d'une montre, avec adhérence, ne paraissant pas de date ancienne.

Au niveau de la surface de section du pédicule, on voit une grosse veine oblitérée par un caillot adhérent, et autour trois autres veines plus petites également oblitérées. Les artères, par contre, paraissent perméables.

L'ovaire ne participe pas à la torsion, il présente les dimensions suivantes :

Longueur.....	8	centimètres.
Hauteur.....	3	—
Epaisseur.....	4	—

La malade est mise, aussitôt après l'opération, sous l'influence de la morphine (1/2 centigramme matin et soir).

Le 23 octobre, on enlève les fils de suture ; la plaie s'est réunie par première intention.

Le 3 novembre, la malade se lève ; le 10, elle quitte le service en parfaite santé.

Accouchement. --- Le 21 février, à Baudelocque. Présentation du siège. Début du travail, le 21 février à neuf heures. Expulsion d'une fille vivante à 7 h. 25, le soir.

L'enfant pèse 2650 grammes. Elle présente un bec de lièvre avec division complète de la lèvre supérieure, du rebord alvéolaire, de la voûte et du voile du palais.

Large communication entre la fosse nasale gauche et la bouche. La division est unilatérale et siège à gauche de la ligne médiane.

Observation XIII

Par Hartmann, in *Ann. de gynécologie de Paris*, 1898.
(Observation résumée).

Torsion du pédicule des annexes droites au cours de la grossesse. — Péritonite. — Ablation. — Guérison. — Continuation de la grossesse.

Alice G..., couturière, âgée de 20 ans, mariée, entre le 6 octobre 1896 à Bichat pour des accidents de péritonite survenus au cours d'une grossesse, ayant débuté la veille et simulant une appendicite grave (vomissements, douleur iliaque droite, ballonnement de l'abdomen, arrêt des matières et des gaz).

Cœliotomie le 6 octobre 1896. — L'abdomen contient un peu de liquide. A droite, les annexes constituent une tumeur adhérente aux parties voisines et ayant une couleur d'un rouge hémorrhagique. Les adhérences rompues, on constate que le pédicule est tordu d'un tour complet en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Guérison.

Elle accouche à terme le 19 février 1897 d'une petite fille vivante et bien portante.

Observation IX

(Par M. Hartmann, *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 5 octobre 1900).
(Observation résumée)

Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx au sixième mois de la grossesse.

Le 15 août 1900, je suis appelé près d'une femme de 25 ans qui semble, d'après son histoire, atteinte d'appendicite à rechutes.

Il y a 3 ans, première crise. Depuis cette époque quelques douleurs abdomninales.

Au commencement de 1899, elle devient enceinte et au bout du sixième mois de la grossesse, fut prise d'une crise douloureuse, violente qui fit craindre une fausse couche. La crise dura huit jours, s'amenda et fut regardée finalement comme une colique néphrétique. L'accouchement se fit normalement en novembre 1899.

En février et mars 1900, il y eut à deux reprises, de petites crises douloureuses.

En juin, nouvelle crise pour laquelle les médecins l'envoient à Vittel.

Le 2 août, la malade est prise brusquement de douleurs abdominales.

Le 15, nous l'examinons pour la première fois ; le rein droit est abaissé ; le ventre, flasque et souple, permet une palpation facile ; nous constatons l'existence d'une tuméfaction occupant l'hypogastre, s'étendant un peu plus vers la fosse iliaque droite que vers la gauche, légèrement douloureuse à la pression, submate à la percussion.

Au toucher vaginal, le col est ouvert, refoulé avec le corps en avant par une masse située immédiatement en arrière, un peu inégale, douloureuse, se continuant avec la tuméfaction abdominale.

En présence de ces constatations et de l'histoire clinique, nous pensons à une appendicite et annexite combinées, l'histoire évoquant l'idée d'une appendicite, l'examen direct celle d'une annexite.

Opération le 20 septembre 1900. En arrière et à droite de l'utérus, une masse arrondie de coloration brune noirâtre avec un pédicule formé par le ligament large droit tordu d'un demi-tour en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre ; elle est formée des annexes droites. L'appendice adhérent est lui-même réséqué.

Guérison.

Observation X

(Bouilly, mémoire, in *la Gynécologie*, décembre 1899).

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu diagnostiqué appendicite ; grossesse de six mois ; avortement ; opération ; guérison.

Mme S..., 22 ans, mariée depuis 4 ans, a fait une fausse couche quelques mois après son mariage, une grossesse à terme il y a 2 ans et demi, une troisième grossesse qui datait de six mois au moment des derniers accidents.

Le 18 septembre 1899, douleur subite, extrêmement violente dans la fosse iliaque droite, avec phénomènes de péritonisme, élévation de la température qui monte à 39° 5 et 40°. Dans la fosse iliaque droite, gros empâtement diffus et douloureux.

Trois jours après avortement. Les phénomènes vont en s'atténuant ; et les médecins de la région inclinent avec raison pour une crise d'appendicite aiguë.

La malade garde le repos au lit, pendant les mois d'octobre et novembre, souffrant toujours du côté droit, puis est adressée à M. Bouilly.

Etat général faible ; le ventre n'est sensible qu'à droite. L'utérus est revenu sur lui-même ; pas de lésion périutérine. Douleur assez violente au point de Mac-Burney et aussi au-dessus et un peu en dehors de ce point ; un peu au-dessus de la ligne spinoombilicale près de l'épine iliaque antéro-supérieure, on sent une induration profonde, du volume du petit doigt, dure, volumineuse, fusiforme, immobile, paraissant faire corps avec les tissus profonds.

Cette masse est beaucoup plus volumineuse que la plupart des appendices chroniquement enflammés ; en outre elle est située un peu au-dessus et en dehors du point de Mac-Burney. M. Bouilly pense qu'il s'agit d'un appendice induré, augmenté de volume, contenant peut-être un corps étranger et entouré de fausses membranes et d'épaississement cellulaire de péri-

appendicite. Il trouve les signes physiques un peu anormaux.

Opération le 25 novembre. — On arrive sur une masse noirâtre, ressemblant à une grosse truffe, appliquée et collée à la face interne de la fosse iliaque antéro-supérieure, du volume d'une grosse noix, adhérente aux tissus voisins ; c'est un ovaire. Cette tumeur est à sa partie interne reliée par un pédicule grêle, tordu deux fois par lui-même. C'est un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

En outre ce kyste adhère à l'extrémité terminale de l'appendice rouge et vascularisé mais absolument sain. L'appendice est également réséqué.

Guérison.

Observation XI

(Par Baudron, *Société anatomique*, 8 mai 1891).

Kyste de l'ovaire gauche se manifestant subitement au troisième mois de la grossesse par les phénomènes de torsion de son pédicule et donnant lieu à plusieurs erreurs de diagnostic. — Laparotomie, ablation du kyste. — Avortement consécutif. — Mort de syncope quelques heures après la fausse couche.

Mme P..., âgée de 28 ans, a toujours eu une santé excellente, une menstruation parfaitement régulière.

Mariée à 20 ans, elle a eu deux grossesses normales dont la dernière il y trois ans. Depuis cette dernière couche la malade a ressenti quelquefos de légers élancements dans la région ovarique gauche. Elle n'y a attaché d'ailleurs aucune importance.

Pour la troisième fois elle devenait enceinte vers le milieu de janvier dernier. La grossesse évoluait normalement ; tous les jours, Mme P... faisait de longues promenades à pied et c'est de loin en loin, quand elle s'était trop fatiguée, qu'elle ressentait encore quelques légères douleurs dans le côté gauche.

Subitement, le 25 avril au soir, elle est prise d'une violente

douleur dans la fosse iliaque gauche. Cette douleur persistant' son médecin, auquel je dois ces détails, est appelé et constate un ballonnement du ventre, de la sensibilité très vive à la pression surtout à gauche et une sensation particulière de rénitence dans toute la moitié gauche de l'abdomen.

Jusqu'au vendredi 1er mai, l'état reste le même. Seules, les douleurs spontanées deviennent plus vives à espaces assez réguliers, faisant songer aux douleurs prémonitoires d'un avortement. D'ailleurs ni frisson, ni nausées, ni vomissements ; la température axillaire ne dépasse pas 37°5 le soir.

Plusieurs médecins sont successivement appelés en consultation. L'un diagnostique phlegmon péri-utérin, un autre se basant sur la douleur, la pâleur de la malade, l'absence de fièvre, penche pour une hématocèle rétro-utérine. Un troisième enfin diagnostique hydramnios.

Ce qui faisait l'extrême difficulté du diagnostic, c'est qu'on se trouvait en présence d'une femme se disant enceinte de trois mois, dont le globe utérin ressemblait à une matrice grande de sept mois et demi à huit mois.

M. Pozzi est appelé le vendredi 1er mai ; il trouve le col utérin ramolli, largement entr'ouvert, se continuant sans ligne de démarcation avec une tumeur abdominale flasque qui proémine surtout à gauche de la ligne médiane. Il émet l'idée d'une grossesse ectopique développée dans une corne utérine rudimentaire. Si la fausse couche qui semble imminente ne se produit pas, il se prononce franchement pour la laparotomie.

Les 2, 3, 4, la situation semble s'améliorer. Le ventre s'assouplit à la suite de selles abondantes provoquées par un purgatif, il est moins douloureux à la pression, la malade peut changer de position.

Les douleurs spontanées prennent alors un caractère particulier de vivacité et de régularité qui les fait ressembler aux douleurs expulsives de la dernière phase de l'accouchement.

En effet à chaque douleur, les muscles de l'abdomen se con-

tractent énergiquement. Cependant rien ne se modifie du côté du col utérin ni du côté de la tumeur.

L'orifice interne reste fermé, ne laissant écouler ni glaires, ni sang.

Le 5 mai au matin, le ventre est plus tendu, la malade a quelques vomissements bilieux.

M. Pozzi, appelé de nouveau, déclare l'intervention urgente et pratique la laparotomie le 6 mai à deux heures de l'après-midi.

A l'ouverture du ventre, on trouve au-dessus de l'utérus gravide, de trois mois environ, une masse noirâtre d'apparence hépatique, ou mieux ayant la coloration de l'intestin étranglé depuis plusieurs heures. Cette masse adhère intimement à l'utérus en bas, à l'épiploon en haut et en avant. Comme elle est fluctuante, M. Pozzi la ponctionne. Une première ponction évacue quatre litres de sang noirâtre légèrement fétide, une deuxième ponction évacue deux litres de liquide semblable.

Une fois vidée, la tumeur est détachée de ses adhérences et attirée hors du ventre et l'on peut alors constater qu'il s'agit d'un grand kyste de l'ovaire gauche à parois sphacélées relié à l'utérus par un pédicule du volume de trois doigts, tordu par trois tours de spire dirigés de droite à gauche. C'est cet énorme pédicule qui avait donné à M. Pozzi la sensation d'une corne utérine rudimentaire, siège possible de la grossesse.

Le pédicule lié par deux points de chaîne de forte soie, est sectionné au thermocautère et abandonné dans le ventre.

On fait un lavage du péritoine et la plaie abdominale est complètement refermée sauf à son angle inférieur où l'on place une mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité abdominale plonge dans le cul-de-sac de Douglas.

L'opération a duré 25 minutes. Dès le soir même la malade rendait des gaz, la température restait à 37°4.

La nuit fut bonne ainsi que la journée qui suivit. Le soir, à 5 heures, M. Pozzi constate que le fœtus faisait en partie saillie

dans le vagin. Il termine l'avortement et retire sans la moindre hémorrhagie un fœtus de trois mois et demi environ complètement macéré.

Tout faisait prévoir une issue favorable quand à huit heures et demie du soir, en demandant à boire, la malade fut prise d'une syncope et succomba.

Observation XII (Inédite.)

Due à l'obligeance de M. Hardouin, chef de clinique chirurgicale, recueillie par lui dans le service du professeur Dayot.

Kyste de l'ovaire droit. Torsion du pédicule après l'accouchement.

La nommée R... Marie, âgée de 40 ans, mariée ; entre le 17 décembre 1901, salle Sainte-Philomène, lit n° 13, dans le service de chirurgie de M. le professeur Dayot.

Cette femme a toujours été d'une bonne santé habituelle jusqu'au moment de son demi-accouchement qui date de trois mois. Ses antécédents héréditaires ne nous offrent rien de spécial.

Réglée à 16 ans pour la première fois elle a continué à l'être d'une façon régulière sauf quelques retards insignifiants.

Elle a eu deux enfants vivants. Couches et suites de couches normales.

Sa dernière grossesse se passe de la façon la plus normale et l'accouchement à terme se fait rapidement et sans le moindre incident.

Cependant, à sa grande surprise, la malade s'aperçut que son ventre avait conservé un volume assez considérable après ses couches et qu'il existait une tumeur assez volumineuse dont elle n'avait jamais soupçonné l'existence avant ou pendant sa grossesse. Comme cette tumeur était indolente et ne gênait

nullement la malade, elle n'y prêta qu'une attention distraite.

Elle se releva quelques jours après son accouchement et recommença à vaquer à ses travaux ordinaires comme par le passé.

Dix-sept jours après son accouchement, la malade se rendait à pied à son travail lorsque brusquement elle ressentit dans le ventre une vive douleur qui alla en s'accentuant et la força à rentrer chez et à s'aliter.

Le lendemain le ventre était tendu, douloureux, très augmenté de volume et chaque mouvement était une cause de vives souffrances.

Des vomissements alimentaires puis bilieux vinrent s'ajouter aux accidents qui existaient déjà et effrayèrent l'entourage de la malade qui se décida à envoyer chercher un médecin qui diagnostiqua une péritonite de cause inconnue.

Bientôt les douleurs se calmèrent et la malade put de nouveau se lever, mais, effrayée de voir que son ventre continuait à s'accroitre, elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu le 17 décembre 1901.

A l'inspection, la malade a les traits un peu tirés ; l'ensemble du faciès fatigué. Le ventre est volumineux, rappelant celui d'une femme enceinte de huit mois environ. Il est proéminent en avant, les flancs ne sont pas étalés ; la cicatrice ombilicale n'est pas aplatie. Il n'existe pas de circulation veineuse exagérée sur la paroi abdominale, pas d'œdème aux membres inférieurs. Actuellement aucune douleur.

A la palpation, on délimite une masse résistante, fluctuante, occupant à peu près la région médiane de l'abdomen ou peut-être un peu reportée sur la gauche. Le phénomène du flot est très facilement perçu.

La tumeur est lisse, régulière, volumineuse, de consistance égale ; elle remonte à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La palpation ne réveille aucune douleur.

La percussion contrôle les renseignements fournis par la palpation. La matité, absolue sur toute la tumeur, affecte une

forme ovoïde ; la zone mate passe à deux ou trois travers de doigt au dessus de l'ombilic et descend dans le flanc gauche, sans que l'on puisse la délimiter de ce côté. Au contraire dans le flanc droit à la partie la plus inférieure il existe une zone sonore de la largeur de la main.

Pas d'épanchement intrapéritonéal. Le toucher vaginal montre le col de l'utérus en place ; l'utérus mobile, non douloureux, les culs-de-sac vides. Les mouvements imprimés à la tumeur n'ont pas d'influence sur le col de l'utérus.

Etat général de la malade satisfaisant. Pas de troubles respiratoires, pas d'œdème. Léger bruit de souffle au premier temps. Appétit faible ; pas de vomissements. Constipation très grande depuis un certain temps. Pas d'insomnie.

La malade éprouve depuis ces accidents de fréquentes envies d'uriner, mais la miction s'effectue sans douleur.

Urines normales.

L'opération est pratiquée le 22 décembre, par M. le professeur Dayot.

Après désinfection préalable de la paroi abdominale, on tombe sur un tissu épais, fibreux, constitué par des adhérences très courtes et très solides, fixant de la façon la plus intime le kyste à la paroi. Ces adhérences sont détachées péniblement à la sonde cannelée ou coupées aux ciseaux entre deux pinces hémostatiques.

Le kyste, un peu dégagé, apparaît noirâtre, avec des parois ecchymotiques. La ponction au trocart ramène plusieurs litres d'un liquide épais, couleur chocolat.

Le trocart retiré et le trou de la ponction fermé avec une pince, on poursuit la décortication de l'intestin, qui est très adhérent partout, de même que l'épiploon, surtout en arrière.

Après plus d'une demi-heure d'un travail pénible, on arrive enfin sur le pédicule, qui apparaît nettement tordu. Il mesure 5 à 6 centimètres de longueur et est de la grosseur du petit doigt. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit.

On place une ligature au catgut sur le pédicule et l'on extirpe la tumeur.

Traitement de l'épiploon que l'on résèque en grande partie ; puis suture à trois étages et drainage abdominal au moyen d'un fort tube de caoutchouc.

Les suites opératoires ont été excellentes, le drain a été enlevé le deuxième jour.

La température, qui avait été de 38° les deux soirs qui ont suivi l'opération, est retombée définitivement à la normale.

Actuellement, 25 janvier 1902, la malade se lève et est en parfait état.

Observation XIII

Par MM. Laroyenne et Condamin.

Kyste de l'ovaire et grossesse. Torsion du pédicule après l'accouchement. Ovariotomie.

M. M..., âgée de 42 ans, née à Florence (Italie). Bonne santé habituelle. Mariée depuis vingt-cinq ans, n'a eu jusqu'à cette dernière année ni fausse couche, ni grossesse. Depuis six ans environ elle voit son ventre augmenter progressivement, mais sans qu'elle ressente de douleurs ; à peine s'est-elle sentie un peu plus faible dans ces dernières années. Dans le courant de l'année 1892, suppression des règles, suppression qui fut mise sur le compte du kyste de l'ovaire ou d'une ménopause un peu précoce. Il n'en était rien. Il s'agissait d'une grossesse qui évolua régulièrement ; à la fin, la malade, par suite du volume considérable de son ventre, éprouvait quelques accès de dyspnée.

Elle accouche en mai 1893. Nous constatons que le kyste est fortement tendu, mais il ne plonge pas dans le bassin et laisse la tête y descendre facilement. Le travail de dilatation du col se fit en six à huit heures. Dès que la dilatation fut complète, nous fîmes respirer à la malade un peu de chloroforme et nous

rompîmes la poche des eaux, décidé à intervenir immédiatement par le forceps pour que la parturiente n'ait pas de douleurs expultrices et, par suite, n'amène pas une rupture de son kyste dans la cavité abdominale. C'était là notre principale préoccupation.

L'enfant était petit : nous pûmes, avec le forceps, l'extraire facilement, sans que, à aucun moment, il ait fait contracter les muscles des parois abdominales.

Peu après l'accouchement, avant la délivrance, la malade eut une légère syncope qui nous fit craindre une hémorrhagie intra-utérine, ce dont nous ne pouvions nous rendre compte, en raison du kyste qui recouvrait complètement l'utérus. Comme il n'y avait pas de pertes externes, nous attendîmes encore un peu pour faire la délivrance, qui s'effectua spontanément.

Le pouls revient à la normale et les suites de couches furent des plus simples.

A noter seulement, au dixième jour des douleurs assez vives dans la zone du crural. Nous ne pouvions croire à un début de phlébite, car la malade n'avait jamais présenté après son accouchement une température de plus de 37°8.

Ces douleurs persistèrent encore quelque temps en s'accompagnant d'un peu de contracture douloureuse du couturier. En juin, cette femme complètement remise de ses couches, vaquait à ses ocupations comme auparavant ; mais son kyste avait sensiblement augmenté après être resté stationnaire pendant près de six ans, si bien que son ventre avait de nouveau le volume qu'il présentait au moment de l'accouchement.

A la fin de juillet, cette malade se fatigua un peu plus que de coutume et brusquement elle ressentit une douleur extrêmement vive dans le ventre et de nouveau sa cuisse gauche devint sensible d'abord et très douloureuse ensuite dans la zone du crural. Même constatation qu'après son accouchement du côté du couturier, c'est-à-dire contracture très légère, mais fort douloureuse.

Le lendemain et les jours suivants, les douleurs augmentèrent ; la malade, malgré des doses notables d'opium, se tordait sur son lit. T. : 39°7.

M. le professeur Laroyenne vit alors cette malade avec nous, jugea l'état assez grave et crut devoir proposer à la malade une ovariotomie à pratiquer le plus tôt possible.

La malade fut opérée le 1er août 1893 par M. Laroyenne, que nous assistions. On trouva un kyste volumineux adhérant à la paroi abdominale sur presque toute son étendue ; mais ces adhérences étaient fort lâches et il ne fut pas difficile de les détacher. Le kyste avait une teinte violacée et dans certains points il existait une coloration noirâtre qui faisait penser à des plaques de sphacèle. Le pédicule du kyste était tordu six à huit fois sur lui-même et d'une façon très serrée. Il existait dans la cavité abdominale une certaine quantité de liquide séro-hématique.

Les jours qui suivirent l'opération, la température oscilla entre 38°3 et 38°9. Il fut très difficile, malgré des purgatifs et des lavements, d'obtenir au troisième jour une selle. D'autre part l'état du cœur caractérisé par des intermittences cardiaques plus ou moins nombreuses, suivant le moment où on l'examinait, ne cessait pas d'inquiéter d'autant plus que fréquemment la malade prenait un état nauséeux avec faiblesse extrême du pouls.

Au 12e jour, la température, qui était depuis quelques jours tombée, remonte à 39°5 et l'on pouvait constater sur la fosse iliaque gauche à peu près au niveau du pédicule du kyste enlevé, une tuméfaction du volume du poing. Au bout de quatre à cinq jours, il se produisit une détente brusque sous l'influence d'un écoulement de pus au milieu des selles. La tuméfaction de la fosse iliaque droite avait en même temps diminué puis disparut. A partir de ce moment l'état de cette malade s'améliora tous les jours, et le 12 septembre 1893 elle pouvait retourner à Florence se sentant parfaitement remise et plus forte qu'avant son opération. On fait porter à cette malade une

ceinture abdominale car les parois du ventre sont fortement relâchées et flàsques.

Observations de Mangiagalli.

Observation XIV

In *Berlin Klin. Woch.*, 21 mai 1894.

N. M..., de Milan, a eu cinq grossesses. Le dernier accouchement a eu lieu le 23 juin 1882 ; au septième mois. Lors de la dernière grossesse, le ventre était fortement dilaté. Après l'accouchement, apparut une inflammation du péritoine. Diagnostic : kyste de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule survenue après l'accouchement. Ovariotomie le 29 août 1892. L'on trouve un liquide séro-sanguinolent dans le péritoine et un épanchement de sang dans l'intérieur du kyste. Le pédicule est tordu 2 fois 1/2. Guérison.

Observation XV

O... Giuseppe vient à l'hôpital le 24 juin 1891 après avoir accouché peu de temps auparavant. Diagnostic : kyste de l'ovaire droit suppuré avec torsion du pédicule. Ovariotomie le 30 juin. En dehors de la suppuration et de la torsion du pédicule, il y avait encore des adhérences très développées avec le péritoine et l'épiploon. Guérison 19 jours après.

Observation XVI

B... Emilie, de Tienno, entre à l'hôpital le 17 octobre 1891. Elle a accouché il y a deux mois. Aussi bien avant qu'après la délivrance, l'abdomen a présenté un volume anormal. Diag-

nostic : tumeur de l'ovaire existant déjà pendant la grossesse. Suppuration du kyste pendant le post partum. Péritonite et torsion du pédicule. Ovariotomie. Adhérences épiploïques. La torsion est triple. Le pédicule était mince et sur le point de se rompre. Guérison.

Observation XVII

B... Maria entre le 24 août 1893. Dernier accouchement le 27 juin. Après cet accouchement, l'abdomen est resté volumineux et douloureux. Depuis quelques jours, il y a de la fièvre. Diagnostic : kyste de l'ovaire gauche suppuré pendant le post partum avec gangrène du kyste, causée par une torsion du pédicule.

Ovariotomie le 29 août 1893. Guérison.

Observation XVIII

Lawrence, *Ovariotomie post partum*, *British med. J.*, septembre 1893, et *Annales de Gynécologie*, 1893.

Accouchement à peu près normal. Trois jours après, douleurs vives, fièvre intense, ballonnement du ventre faisant penser à une péritonite aiguë. Lawrence fait le diagnostic du kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule (confirmé par l'opération). Ovariotomie. Guérison.

Observation XIX

Avortement provoqué, probablement, par le kyste au sixième mois de la grossesse. Peu de temps après, fièvre, distension abdominale. Lawrence, en examinant la malade,

trouve une tumeur kystique très tendue, avec un peu de liquide péritonéal. Laparotomie. Extirpation du kyste dont le pédicule était rompu et ablation de l'autre ovaire devenu kystique. Guérison.

Lawrence croit que, dans ce cas il y a eu, après évacuation de l'utérus, un mouvement de torsion du kyste et rupture du pédicule.

Observation XX

Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon,
séance du 10 mai 1900.

Hydrosalpinx pédiculisé et tordu sur son pédicule.

M. Fochier présente une pièce provenant d'une jeune femme qui avait eu antérieurement trois grossesses et un avortement. Après ce dernier on constata une tumeur indolore.

Deux mois et demi plus tard, la malade fut prise de douleurs violentes et présenta tous les symptômes qui résultent de la torsion des kystes de l'ovaire.

L'opération fut très simple ; il n'y avait que quelques adhérences très lâches.

La poche tubaire contenait environ 3/4 de litre ; elle présente cette particularité d'être développée dans une partie seulement du canal tubaire ; celui-ci, en effet, persiste avec son calibre normal sur une longueur de $0^m 05$. De plus l'oblitération s'est faite à l'intérieur même du canal et non par oblitération du pavillon, comme cela se produit dans les salpingites.

Nous faisons figurer l'observation suivante dans notre thèse quoiqu'elle ne rentre pas complètement dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Etant donné qu'elle est la seule où la torsion des anne-

xes est venue compliquer la grossesse extra-utérine siégeant dans la troupe du côté opposé, il nous sera difficile d'en tirer des conclusions.

Nous ferons remarquer simplement que cette femme avait dans ses antécédents, un avortement.

Baudron a signalé à propos de cette communication que la symptomatologie de la rupture tubaire a dominé la scène. En présence de la sensibilité particulière de la fosse iliaque droite, libre de toute tumeur et de l'indolence relative de la tumeur gauche, il avait cru à une douleur « paradoxale ».

Mais étant donné que, le jour où la malade fut apportée à la clinique Baudelocque, la douleur siégeait exclusivement à gauche, il pensa que la torsion des annexes droites n'existait pas encore et qu'elle fut produite le 10 février. Cette hypothèse est vérifiée par l'étude des symptômes signalant l'occlusion intestinale, que n'explique pas une hémorrhagie peu abondante (350 grammes).

Observation XXI

Par M. E. Baudron.

Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec la rupture d'une grossesse tubaire gauche. — Laparotomie. — Guérison.

La nommée G... est une femme de 32 ans, d'origine italienne.

Réglée à 12 ans, sa menstruation fut toujours régulière et normale jusqu'à son mariage, vers 18 ans. A 19 ans et demi, elle devient enceinte et fait un avortement de 3 mois et demi

environ. Cinq ou six mois après cet avortement, elle entre pour des troubles de menstruation et de leucorrhée dans un service de gynécologie en Italie et y est soignée par la dilatation et des pansements intra-utérins. Son état s'améliore et depuis dix ans, elle n'a plus ni perte ni douleurs. Les dernières règles se sont terminées le 1er décembre 1899 : elles ont eu une durée normale. A la fin de décembre, les règles ne viennent pas : la malade, ayant été renversée sous un fiacre le 26 décembre, attribue la suppression des règles à cet accident et ne suppose pas qu'elle puisse être enceinte.

Le 25 janvier (par conséquent à l'époque précise où les règles de janvier auraient dû commencer), elle est prise subitement au milieu de la nuit, de violentes douleurs abdominales avec tendances à la syncope. On fait appeler le docteur Pissot qui la trouve dans un état d'agitation extrême avec 38° de température et 104 pulsations : le toucher ne donne aucun renseignement et le palper abdominal est impossible à pratiquer. Il prescrivit une potion calmante et le repos absolu au lit. On le rappelle seulement le 3 février et voici ce qu'il constate : la température atteint 38°7, le pouls est à 144 : la miction est pénible : il existe un certain degré de ténesme rectal. Le ventre est légèrement ballonné et douloureux, surtout à gauche, où l'on perçoit un peu d'empâtement.

Notre confrère conseille de transporter la malade à la clinique Baudelocque, et, en attendant, place une vessie de glace sur le ventre et fait une piqûre de morphine.

Le lendemain, 6 février, l'amélioration est notable et quand je vois la malade à son arrivée à Baudelocque, vers midi, son état est le suivant : la température est de 37° et le pouls plein et fort bat à 80 ; à la palpation, on trouve un peu de météorisme, et à gauche au niveau d'un point symétrique du point appendiculaire, un peu d'empâtement et de submatité ; la pression la plus légère y détermine une assez vive douleur.

Les culs-de-sac vaginaux sont absolument libres et l'utérus, de volume normal, est senti en antéversion : il n'est le siège

d'aucun écoulement. Il porte le diagnostic de grossesse tubaire gauche en voie de rupture et il est décidé que, sauf indication d'urgence venant du pouls ou de la température, la malade sera laparotomisée le mercredi suivant 9 février. Le 7 et le 8 février, la température reste normale et le pouls se maintient à 80°.

Les douleurs ont presque disparu, au point que, le 8 au soir, malgré toutes les remontrances qui lui sont faites, la malade quitte l'hôpital et rentre chez elle.

La journée du 9 est bonne, mais, dans la nuit du 9 au 10, l'état s'aggrave subitement; M. Pissot rappelé, trouve la malade en proie à de violentes douleurs abdominales avec un pouls à 150 et 39° de température. Les 11, 12, 13 février, même température, même fréquence du pouls ; en outre, le ventre se ballonne, les vomissements apparaissent et deviennent incessants ; la constipation est opiniâtre, la miction volontaire, impossible.

Le 14, M. Pissot me prie de venir voir cette femme, qui refuse obstinément de retourner à Baudelocque. Je la trouve dans un état d'agitation très grand, le facies grippé, les traits altérés.

Je limite par le palper une tumeur abdominale siégeant dans la fosse iliaque gauche, remontant presque à l'ombilic et du volume des deux poings et je suis frappé de l'indolence relative de cette tumeur, tandis qu'au contraire la fosse iliaque droite qui paraît libre est le siège d'une douleur tout à fait aiguë au moindre frôlement de la main. Toutes mes supplications pour décider cette malheureuse femme de retourner à Baudelocque sont vaines et je pars convaincu qu'elle va succomber victime de son entêtement. Le 18 février, à 8 heures du matin, on me prévient qu'elle vient d'arriver enfin à la clinique ; mon maître, M. Pinard, la voit à ce moment, confirme le diagnostic de grossesse tubaire gauche rompue et me demande d'intervenir immédiatement. Elle était dans l'état où je l'avais laissée quatre

jours auparavant : même température à 39°, même pouls à 140.

A 11 heures, je pratique la laparotomie avec l'assistance de mon ami, le docteur Paquy.

La paroi abdominale est rapidement incisée, et à l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez notable quantité de sang noirâtre et légèrement fétide, et des caillots anciens et récents qui, recueillis et pesés, représentent 350 grammes.

La trompe gauche rupturée et remplie par la masse placentaire est accolée très haut à la paroi abdominale et au sommet de la vessie et réséquée après la ligature du pédicule par deux fils de soie entrecroisés.

Dans cette manœuvre la vessie est déchirée sur une étendue de deux centimètres et immédiatement suturée par quatre points de soie fine.

La cavité hémorrhagique étant soigneusement étanchée avec des compresses stérilisées, et avant de refermer le ventre, me rappelant les douleurs vives que mon examen de 14 février avait provoquées dans la fosse iliaque droite, je tiens à me rendre compte de l'état des annexes droites. Je tombe alors sur une tumeur kystique du volume d'une orange adhérente aux parois pelviennes loin des culs-de-sac. La décortication est assez facile ; c'est un hydrosalpinx dont le pédicule, gros comme le petit doigt, est tordu deux fois sur lui-même en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Les annexes droites sont excisées après ligature par deux fils de soie entrecroisés. Je fais un tamponnement à la gaze iodoformée et les chefs des fils de soie placés sur la vessie étant placés dans l'angle inférieur de la plaie, je ferme mon incision abdominale par deux plans superficiel et profond au fil d'argent. En raison de la plaie vésicale, je mets à demeure une sonde Malécot. Durée de l'opération : 25 minutes.

Suites opératoires. — Dès le soir de l'opération, la température s'abaisse à 37° les vomissements diminuent, et le lendemain matin un lavement provoque une selle abondante. Le

troisième jour le tamponnement est retiré et remplacé par un gros drain ; le soir, la température s'élève à 38°2 ; mais le lendemain matin elle retombe à 37° en même temps que le pouls descend à 100.

Pendant les cinq premiers jours il est fait quotidiennement 300 grammes de sérum. Les fils de l'incision abdominale sont enlevés le neuvième jour ; la réunion de toute la portion suturée est complète. Les fils de soie de la vessie tombent successivement du neuvième au douzième jour sous l'influence d'une traction permanente exercée à l'aide d'une pince autour de laquelle ils étaient chaque jour, enroulés plus étroitement. Lorsque le dernier fil est tombé, la sonde à demeure est enlevée, mais une petite quantité d'urine passant par la plaie abdominale, elle est immédiatement replacée.

Le seizième jour après l'opération la plaie abdominale est complètement cicatrisée. La sonde à demeure est définitivement supprimée.

Le vingt et unième jour, la malade quitte la clinique Baudelocque complètement rétablie.

CONCLUSIONS

I. La puerpéralité expose à la torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes.

II. Les multipares sont prédisposées à cet accident par le relâchement de la sangle abdominale et les ptoses diverses, résultats des grossesses antérieures.

III. Cette torsion, plus fréquente du deuxième au quatrième mois, devient plus rare jusqu'à la fin de la grossesse pour reprendre une fréquence relative au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches.

IV. La fréquence plus grande du deuxième au quatrième mois est en rapport avec l'augmentation du volume de l'utérus et son orientation. La fréquence pendant les suites de couches s'explique par la diminution du volume du même organe.

V. Les symptômes de la torsion sont une douleur en « coup de poignard », syncopale ; des vomissements alimentaires bilieux, de la constipation et des signes de péritonite.

Cette crise peut déterminer l'avortement.

VI. Le diagnostic différentiel est à faire principalement avec l'appendicite, l'occlusion intestinale et la grossesse extra-utérine.

VII. Lorsque le diagnostic est posé, on doit intervenir par une laparotomie précoce.

VIII. Toute tumeur kystique des annexes diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

IX. Tout danger d'interruption de la grossesse sera écarté par l'emploi systématique des injections sous-cutanées de morphine pendant les jours qui suivent l'opération.

Vu : Le Président de la thèse,
PINARD

Vu : Le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Atlee. — *Gen. and. diff. diagn. of ov. tum.*, 1865.

Azy. — Thèse, Lyon, n° 183, 1900.

Arthus of Forselles. — Deutsche Axendrehung der Tube. *Zeitsch. f. Chirurgie*, Leipzig, 1898.

Barnes. — *London obs. transact.*, XI, 1890.

Bouilly. — « Appendicite et annexite » in *Sem. gyn.*, III, 1898.

Boursier. — Compte rendu du congrès de chirurgie, Paris, 1892.

— *La gynécologie*, septembre 1879.

Baudron. — *Société anatomique* (Bulletins). 1891.

— C. R. Soc. gyn. et obst., Paris, 6 avril 1900.

Bénard. — Thèse, Paris, n° 379.

Baron. — Thèse, Paris, n° 506.

Bland Sutton. — *Ann. gynéc. et obstét.*, Paris, 1894.

Cauchois. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1886.

Condamin. — *Lgon médical*, (janvier 1894).

Cocard. — Thèse, Paris (1896).

Cotterell. — *Lancet*, octobre 1892.

Cathelin. — *Revue de chirurgie* (février, mars 1901).

Coignerai. — Thèse, Paris. 1902.

Dsirne. — *Arch. für Gynœk.* XLII, 1892.

Duplay. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1881.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, 1901.

DOUMARION. — Thèse, Strasbourg, 1868.
DELBET (Pierre). — *Ann. gynéc et obst.*. 1894.
ENGSTROM. — *Ann. gynéc. et obst.*, 1890.
DUJARDIN. — Thèse, Lille, 1896.
FOCHIER. — *Bullet. de la Société de chirurgie de Lyon*, mai 1900.
FINAZ. — Thèse, Lyon, 1898.
GOLENVAUX. — *Bull. Acad. de Méd. de Belgique*, XV, 1882.
GUICHARD. — Thèse, Lyon, 1895.
HEYDENREICH. — *Revue médicale de l'Est*, 1885.
HARTMANN et REYMOND. — *Ann. gyn. obs. et péd.*, Paris, 1894.
— *Ann. Gyn. obst. et péd.*, Paris, 1898.
HARTMANN. — C. R. Soc. obst. gyn. et péd., Paris, février 1900.
— C. R. Soc. obst. gyn. et péd., Paris, octobre 1900.
— *Sem. gyn.*, Paris.
LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
LAWSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires, 1886.
LAWRENCE. — *British medic. Journal*, sept. 1893.
LEJARS. — Chirurgie d'urgence, 1902,
LEGUEU. — *Presse médicale*, janvier 1900.
LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, 1901.
LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie, 1901.
MANGIAGALLI. — *Berlin. Klin. Woch.*, mai 1894.
MAYO ROBSON. — *British medical J.*, nov. 1889.
MOUTHON. — Thèse. Paris, 1897.
MARCHESI. — *Annales d'obstétrique*, Milan 1877.
MOULS. — Thèse. Paris.
OLSHAUSEN. — *Deutsche chirurgie de Billroth. et Luëcke*, 1886.
POTHERAT. — *France médicale*, mars 1892.
POZZI. — Gynécologie.
PINARD et SEGOND. — C. R. de la Soc. obst. gynéc. et péd., 1900.

PINARD et PAQUY. — C. R. de la Soc, obst. gynéc. et péd., 1901.
PÉAN. — Cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-Louis.
ROKITANSKY. — *Obst. Zeitsch. für prakt. Med.* Wien, 1865.
RÉMY. — Thèse d'agrégation de Nancy, 1886.
RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
SPENCER WELLS. — Ovarian and uterine tumours, 1882.
— Traité des tumeurs abdominales, 1886.
STORRY. — *Lancet*, décembre 1882.
STAUSBURY. — *Chicago. med. Journal*, novembre 1877.
SEVENO. — Thèse, Bordeaux, 1897.
TERRILLON. — *Revue de chirurgie*, 1887.
THORNTON KNOWSLEY. — *Lancet*, 1895.
— *Tr. obstet. society of London*, XXIII. 1881.
VERCOUTRE. — *Annales de médecine militaire*, 1879.
VEIT. — *Berlin. Klin. Wochen*, 1883.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE).

BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE F. DEVERDUN.